

Janayna Sobota

**O CUIDADO DESTINADO ÀS GESTANTES USUÁRIAS DE
CRACK: AS PERCEPÇÕES DA EQUIPE DO PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO DE UMA UNIDADE DO SUL DO BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de mestre profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fátima Büchele.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sobota, Janayna

O cuidado destinado às gestantes usuárias de crack : As percepções da equipe do pré-natal de alto risco de uma unidade do sul do Brasil / Janayna Sobota ; orientadora, Fátima Büchele - Florianópolis, SC, 2014.

81 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Drogas. 3. Mulher. 4. Gestação. 5. Pré-natal. I. Büchele, Fátima. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

“O cuidado destinado às gestantes usuárias de crack: as percepções da equipe do pré-natal de alto risco de um município do sul do Brasil”.

Janayna Sobota

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS**

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Fátima Büchele (Presidente)

Prof. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro)

Prof. Dra. Sandra Noemi Cucurullo Caponi (Membro)

Prof. Dra. Sheila Rubia Lindner (Membro)

À baba Laura (in memoriam)
Ao dido Gregório (in memoriam)

“Pai e mãe com açúcar”... mais do que meus avós, um grande exemplo
de vida a ser admirado e seguido;
Por sua força, sua história, pela família linda que criaram com tanto
esmero, cuidado e dedicação;
Pelos fins de tarde, pelos abraços, pelas balas e sorrisos;
Pelo perfume da casa, perfume das flores, pelo encantamento e alegria;
Pela lembrança, pelo orgulho de sua descendência...

Meu amor, meu carinho, minhas saudades!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Yara e Aloisy, por toda sua dedicação, orientação, apoio e incentivo, além dos ensinamentos de uma vida que em muito contribuíram para que me tornasse quem hoje eu sou.

A minha irmã, Karina, admirável por seu comprometimento, parceira de todas as horas, que com seu conhecimento foi uma ponte e um suporte importantes nos momentos de dúvida e hesitação.

Ao meu noivo, Angelo, por sempre acreditar, até quando eu mesma duvidava; por seu companheirismo, seu amor, pelo colo nos momentos difíceis, e por trazer grandes sonhos e desejos de volta a minha vida.

Agradeço a professora Dra. Fátima Büchele, por ter compartilhado sua experiência e conhecimento, orientando-me na condução deste trabalho que aceitou realizar comigo.

Às professoras Dra. Marta Inez Machado Verdi, Dra. Sandra Noemi Cucurullo Caponi e Dra. Sheila Rubia Lindner, por concordarem em avaliar esse trabalho, aprimorando-o com suas críticas e sugestões.

A todos os professores do Departamento de Saúde Pública da UFSC, por contribuírem com o meu crescimento profissional.

Agradeço também aos queridos colegas de turma, pelas amizades construídas, por nossas discussões e trocas em sala de aula, sempre muito ricas, que contribuíram para repensar minha prática, acrescentando novos elementos.

A “minha equipe” do CAPS ad, e aos usuários do serviço que cruzaram comigo no espaço de tempo em que lá permaneci; uma das maiores escolas de minha vida, onde me apaixonei pelo tema da dependência química e pelo cuidado desse sujeito, onde muito mais do que aplicar meu trabalho pude aprender, me emocionar e crescer como pessoa e profissional.

E, por fim, agradeço a equipe do pré-natal de alto risco que concordou em participar deste trabalho, onde desde o início fui muito

bem recebida e bem acolhida, pelo tempo dedicado a me ouvir, a responder minhas perguntas e com suas contribuições possibilitar a realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

***“Para mudar o mundo, é preciso mudar a
forma de nascer ”***

Michel Odent

RESUMO

Atualmente, o crescente número de pessoas em uso de drogas lícitas e ilícitas vem sendo divulgado e indicado em pesquisas nacionais e internacionais. O número de mulheres que faz uso de drogas também vem aumentando, o que faz com que a distância entre os índices de uso de substâncias por homens e mulheres esteja diminuindo, quando comparados entre si. Este estudo discute a questão da dependência de crack em mulheres, especialmente durante a gestação, momento importante de mudanças que requer cuidados específicos. Para tal, o objetivo deste trabalho foi compreender os conceitos e dificuldades encontrados em uma equipe do pré-natal de alto risco em relação ao acompanhamento das gestantes usuárias de crack. Para atingir este propósito, foi realizada uma pesquisa do tipo descritivo exploratória, com uma abordagem qualitativa, em uma unidade de saúde da Atenção Básica localizada em um município do sul do Brasil, onde foram realizadas entrevistas com os profissionais responsáveis pelo pré-natal de alto risco. Os resultados encontrados por meio das entrevistas com os profissionais revelam conceitos e valores pautados em representações sociais estereotipadas, pré-conceitos e estigmas reproduzidos socialmente. Pode-se constatar ainda o despreparo e dificuldade em lidar com demandas específicas das gestantes usuárias de crack, bem como a ausência de capacitações e da promoção de espaços para a troca de informações, reflexões sobre a prática e compartilhamento de suas dúvidas e angústias.

Palavras-chave: Drogas. Mulher. Gestação. Acolhimento. Pré-natal.

ABSTRACT

Currently, the growing number of people using legal and illegal drugs has been noticed by national and international researches. The number of women using drugs is also increasing, which makes the distance between the rates of the substances consumed by men and women decrease when compared to each other. This study discusses the issue of crack addiction in women, especially during pregnancy, an important moment of changes that requires specific care. So, the objective of this study was to understand the concepts and difficulties found in a high-risk prenatal team in relation to the treatment of pregnant women using crack. To achieve this purpose, it was made an exploratory descriptive research, following a qualitative line in a healthcare unit of Primary Care located in a city in southern Brazil, where it was interviewed the professionals responsible for high-risk prenatal care. The founded results through the interviews with professionals reveal concepts and values guided by stereotypical social representations, preconceptions and stigmas socially reproduced. It can still be observed a lack of preparation and difficulty to deal with specific demands of pregnant users of crack, as well as the lack of training and promotion of opportunities for exchange of information, reflection of the practice and for sharing their doubts and anxieties.

Keywords: Drugs. Woman. Pregnancy. Reception. Prenatal.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 OBJETIVOS | 23 |
| 2.1 Objetivo Geral | 23 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 23 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 25 |
| 3.1 Crack, uma Droga Contemporânea | 27 |
| 3.2 A Mulher Usuária de Drogas | 28 |
| 3.3 Saúde da Mulher | 32 |
| 3.4 A Gestação e o Uso de Drogas | 35 |
| 3.5 A Rede de Cuidados | 37 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO | 41 |
| 4.1 Caracterização do Local de Estudo | 41 |
| 4.2 Sujeitos do Estudo | 41 |
| 4.3 Coleta de Dados | 42 |
| 4.4 Análise dos Dados | 43 |
| 4.5 Considerações Éticas | 44 |
| 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 45 |
| 5.1 Categoria 01 – A concepção dos profissionais no cuidado à gestante usuária de crack | 45 |
| 5.2 Categoria 02 – O acolhimento da gestante usuária de crack pelo profissional | 54 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 65 |
| 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO | 77 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 79 |

1 INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea prioriza, entre outras coisas, a necessidade de realizações imediatas, longe de desconfortos, físicos ou psicológicos. Entre tantos acontecimentos diários, o circuito da busca pelo prazer e da evitação do sofrimento acompanham tendências capitalistas pós-modernas, que inundam o sujeito com a impressão de que para ser feliz basta ter coisas valorosas e que estas, necessariamente vêm de fora, para preencher o sujeito de alguma forma, dando a sensação de que suas vidas são completas, em detrimento das relações humanas e do contato afetivo, que fica empobrecido (JAMESON, 1997).

A forma pela qual determinada sociedade se configura pode ser decisiva para estabelecer o modo de agir das pessoas que dela faz parte, influenciando seus pensamentos, atitudes, valores e princípios a serem seguidos e repassados uns aos outros. A sociedade parece ditar valores, estabelecer conceitos, ritos, que de tempos em tempos são revistos, reforçados ou eliminados do cotidiano.

Dentre os comportamentos sociais existe também o comportamento de usar drogas, presente desde as épocas mais remotas. O uso de substâncias psicoativas raramente é uma atividade isolada, e considerado, por isso, um comportamento social. Os padrões de uso podem ser determinados por vários fatores, como disponibilidade, tendências e padronização cultural. Valores, regras, rituais, estilos de vida, sujeitos a variáveis psicológicas pessoais e culturais, podem ser alguns desses determinantes (MACRAE, 2011). A sociedade pode ser capaz de ditar qual a droga que mais combina com seu momento e com a forma pela qual se estrutura.

O crack, hoje, tem destaque como uma das drogas mais populares e difundidas. Além de suas facilidades de acesso, além do seu baixo custo, tanto para fabricação quanto para venda, há de se considerar que efeitos prazerosos imediatos, relativamente fáceis e intensos são o que grande parte da sociedade atual tem buscado, com cada vez mais frequência.

Publicado em 2013, um dos maiores estudos já realizado no Brasil sobre usuários de crack, pela Fundação Oswaldo Cruz – a Fiocruz – e, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas SENAD, que aconteceu no período de 2011 a 2013, mostra o perfil dos dependentes de crack em nível nacional, e as estimativas do número de usuários nas capitais do país. 370 mil usuários regulares de crack são distribuídos pelas capitais brasileiras e no Distrito Federal, um número estimado de aproximadamente 0,81% (BRASIL, 2013).

Ao contrário do que se pensa, a maioria dos usuários de crack não se encontra na região Sudeste, cujos dois de seus grandes representantes, São Paulo e Rio de Janeiro, são frequentemente apontados pela mídia em virtude das imensas “cracolândias” que possuem. O estudo sobre o número de usuários nas capitais do Brasil retrata que a maioria de usuários de crack, 38,7%, está na região Nordeste, o que corresponde a aproximadamente 148.000 usuários. Em segundo lugar temos a região Sudeste, com 113.000 usuários, Centro-Oeste, com 51.000, Sul, com 37.000 e região Norte, com 33.000 usuários (BRASIL, 2013).

Outro dado importante, é que nem todas as pessoas que precisam de tratamento estão, de fato, buscando por esse atendimento nos dispositivos de saúde. A mesma pesquisa mostra que de um número expressivo de 78,9% de usuários que referem ter desejo de se tratar para o uso de drogas, apenas 6,3% acessaram o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, CAPSad, e ainda assim, este foi o serviço de tratamento ambulatorial mais acessado. Na sequência aparece o acesso às Comunidades Terapêuticas, com 4,2%, e o hospital está quase em último lugar dentre os locais acessados, com apenas 2,1% (BRASIL, 2013).

Em se tratando da mulher, é ainda mais difícil conseguir mensurar esse problema, uma vez que essa demanda aparece muito menos que os homens, nos centros de referência para atendimento.

Curiosamente, a saúde da mulher sempre teve mais atenção que a saúde do homem, cujo pensamento sobre ações e planejamento de locais de tratamento é mais contemporâneo. Mas, o que se vê na prática, é que quando o assunto é uso de drogas, a saúde da mulher parece não se dar conta de lidar com essa demanda. Poucos são os locais onde se pensa em formas de tratamento especificamente direcionados para mulheres, quando se tenta atingi-las é em meio à demanda masculina, que por vezes acaba por sufocá-las, ocasionando, assim, pouca adesão nos serviços (BRASILIANO, 2001). Ou seja, poucas mulheres aparecem para atendimento, e as que aparecem encontram dificuldades de aderir às propostas, portanto, logo desistem de seu tratamento.

Desse modo, é relevante que se procure entender como estão sendo atendidas as diversas demandas de cuidado no que diz respeito à saúde da mulher que faz uso de drogas. Nos últimos anos, vem aumentando o consumo de substâncias por mulheres em idade fértil (MARANGONI, 2011), trazendo a importância de se pensar a respeito do uso de drogas na gestação e que medidas tomar a respeito, em termos de cuidado à saúde materna e infantil.

É característica própria de usuários de drogas, muitas vezes, não conseguir dar sequência aos processos que inicia, para que tenham começo, meio e fim. Qual seria o impacto no caso de uma gravidez?

Cerca de 10% das mulheres que participaram da pesquisa da SENAD, em parceria com a Fiocruz (2013), relataram estar grávidas no momento da pesquisa. Do total de usuárias questionadas, 46,6% disseram já ter engravidado pelo menos uma vez, depois que iniciaram o uso de crack, sendo que destas, 22,8% tiveram duas ou três gestações (BRASIL, 2013).

Fica evidenciado nos serviços que mulheres usuárias de crack acabam por ter mais de uma gestação inclusive, o que pode ser favorecido, por exemplo, pelas situações frequentes de exposição ao risco de engravidar, seja por manter relações sexuais desprotegidas ou pela diversidade de parceiros que eventualmente possuem. Porém, são poucas as que se encontram em tratamento quando estão neste momento de suas vidas, seja tratamento da dependência química propriamente, ou o acompanhamento pré-natal adequado à gestação. Assim, inúmeras podem ser as situações que as expõe a chances de engravidar, assim como inúmeras são aquelas que mal fazem acompanhamento pré-natal. Geralmente, a condição de uso de crack aparece já na maternidade, antes ou logo após o momento do parto.

A depender da estrutura de cada município na organização de seus serviços, existem alguns locais de atendimento específico para onde são encaminhadas as gestantes que necessitam de maior atenção a alguns aspectos de sua gravidez, para o acompanhamento pré-natal de alto risco.

Sabe-se que a gestação em si é um fenômeno fisiológico que ocorre na maior parte das vezes, sem apresentar variações ou anormalidades, porém, há algumas gestantes que, por apresentarem alguma característica específica ou determinados agravos, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Tal situação caracteriza um grupo de gestação de alto risco, onde a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto apresentam maiores chances de sofrerem determinadas complicações do que a média de gestações. Dentre os fatores que geram risco, o comportamento de uso de drogas lícitas ou ilícitas durante a gestação aparece como uma das características individuais e sociodemográficas desta população (BRASIL, 2001).

Considerando a relevância dessa temática, neste trabalho partiremos da seguinte questão: **Como estão sendo atendidas as gestantes, usuárias de crack em um município do sul do Brasil, em**

suas demandas de cuidado e acompanhamento pré-natal? Para tanto, voltaremos nossa atenção para uma unidade de saúde da Atenção Básica para onde são encaminhadas gestantes que necessitam de atenção mais específica no seu pré-natal, em virtude de situações de risco, como o uso de drogas.

Foi realizada uma revisão de literatura, a fim de verificar o que se tem produzido sobre gestações de alto risco, bem como artigos que tratam especificamente sobre dependência química e mulheres, e os que relacionam o fenômeno da gravidez com o uso de drogas.

Na base de dados Lilacs, da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando para pesquisa o descritor “drogas e mulher” foram encontrados 360 artigos, dos quais apenas 05 relacionam diretamente os dois temas. Na mesma base de dados, com o descritor “drogas e gestação”, foram encontrados 1209 artigos, dos quais 08 tratam sobre abuso de drogas durante a gestação. Como critérios de exclusão, foram descartados artigos que: a) se referiam a drogas como medicamentos e fármacos, b) que relacionavam o uso de drogas com agressão física, c) que tratavam de doenças e agravos à saúde, d) os que falavam somente sobre o uso de álcool e outras drogas, ou e) uso de drogas por familiar, ou ainda f) intoxicação por outras substâncias, como agrotóxicos. Foram descartados também artigos dirigidos a: g) aleitamento materno, e h) pesquisas com animais. Neste momento, também não foram selecionados artigos em outros idiomas; alguns artigos também não puderam ser acessados, ou não se encontravam disponíveis na íntegra, apenas seu resumo.

Com o descritor “pré-natal de alto risco”, surgiram 288 artigos, dos quais foram selecionados 05 por tratarem de artigos que abordam a estrutura de determinados serviços, entre eles os de alta complexidade, que contemplam acompanhamento pré-natal de alto risco entre suas atribuições, sendo este o critério de inclusão. Contudo, estes artigos, quando falam sobre pré-natal de alto risco, não mencionam uso de drogas pela gestante, apenas outros agravos à saúde que poderiam prejudicar a gestação, como hipertensão arterial, diabetes gestacional, hemorragias, riscos de aborto natural ou prematuridade (COSTA et al, 2005; BUCHABQUI et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2011; OLIVEIRA, MADEIRA, 2011).

Essa revisão nos mostrou dados que revelam o acompanhamento de gestantes usuárias de drogas, como está seu acesso e adesão aos serviços de saúde, ou ainda como são estruturadas as equipes de trabalho destas unidades e o seu preparo para atender estas demandas, as condições, possibilidades e potencialidades dos serviços.

Sabe-se também que a gestação associada ao uso de drogas é um fato que tem acontecido com certa frequência (MARANGONI, 2011; BRASIL, 2013) e precisa de cuidados especializados, em virtude de suas complexidades. Uma vez que a presença de mulheres em tratamento da dependência química é menos comum nos pontos de atenção à saúde (NÓBREGA, OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA et al, 2007; BORDIN et al, 2010; MOREIRA et al, 2012), se faz importante refletir sobre estratégias e formas de promover essa aproximação garantindo esse cuidado, o que também justifica e torna relevante a realização desta pesquisa.

Há de se considerar ainda que geralmente a gestante usuária de drogas esconde esse histórico quando está em alguma unidade de saúde (MOREIRA et al, 2012), ou então inicia tardiamente o pré-natal, o que faz com que tenha pouco acompanhamento de sua gestação. Como não se cuida devidamente, pode apresentar alguns agravos importantes neste período, como anemias ou desnutrição, o que também colabora negativamente com o desenvolvimento do feto (CEMBRANELLI et al, 2012).

É dado que as equipes de saúde também precisam de apoio, orientação e qualificação para atender as demandas referentes ao uso de substâncias pela mulher, e, neste caso em especial, durante a gestação.

Determinadas representações sociais acerca do usuário de drogas se fazem presentes no cotidiano de trabalho, e interferem nesses processos na medida em que norteiam o agir do profissional. Concepções como o usuário de drogas “bandido, perigoso e descontrolado”, pré-conceitos que em geral se estabelecem socialmente, podem estar presentes de maneira implícita nos locais de tratamento. Em virtude destes conceitos, alguns profissionais têm dificuldades em lidar com essa parcela da população, seja influenciados por estes conceitos, ou por sentir-se despreparados e com pouco respaldo técnico para dar conta destas demandas.

Deste modo, como um desdobramento dessa questão, podem surgir algumas ações padrão com relação ao manejo e abordagem desse usuário, como se houvesse apenas uma forma de tratamento que contemplaria as necessidades de todos. Profissionais, reproduzindo, por vezes, modos de agir e tratar a pessoa que faz uso de drogas, com base em modelos de cuidado já não mais indicados, que favorecem a exclusão ao invés do cuidado singular e integral do usuário. Desconsiderariam, assim, questões importantes como sua história de vida, vivências e peculiaridades que contribuem para moldar seus comportamentos, bem como o seu modo de pensar, suas escolhas e também suas limitações.

Kinoshita (2014) aborda a importância de olhar para o usuário considerando seus desejos, potencialidades e limitações, de modo a construir seu projeto terapêutico, que irá nortear as ações de cuidado no decorrer de seu tratamento, pautado nestas questões, e com a participação do usuário nesta construção.

Por isso, a importância desta pesquisa também se revela a partir do momento em que se dedica a ouvir as demandas desses profissionais em relação a gestante usuária de crack, o que o profissional percebe como dificuldades, suas concepções e dúvida acerca do “usar drogas na gestação”, o que determina em muitos casos sua maneira de se colocar e agir quando em contato com as gestantes que tem este perfil.

Portanto, este trabalho propõe-se a contribuir com a reflexão acerca do acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de crack, discutindo sobre as práticas de cuidado, as dificuldades e potencialidades que possam existir neste processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de uma equipe de pré-natal de alto risco em relação à gestante usuária de crack.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender como os profissionais envolvidos com o pré-natal de alto risco percebem a gestante usuária de crack, em uma unidade de saúde de um município do sul do Brasil;
- Discutir de que maneira a percepção da equipe interfere no cuidado pré-natal da gestante usuária de crack, nesta unidade de saúde;
- Analisar potencialidades e fragilidades identificadas pela equipe do pré-natal de alto risco, sobre o atendimento da gestante que faz uso de crack.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O uso de drogas, de modo geral, é algo que faz parte da sociedade já ao longo de muitas gerações. O que vem se modificando são as formas, lugares, razões pelas quais se faz uso de drogas, antigamente muito mais restrito a rituais, comemorações fechadas e destinadas a algumas pessoas em específico, que faziam parte daqueles grupos. O que vem sendo presenciado é o uso de drogas nos mais diversos locais, por vários tipos de pessoas, de estilos, origens e faixas etárias diferentes, de maneira irrestrita e sem funções específicas pré-determinadas (PRATTA, SANTOS, 2009; MACRAE, 2011).

Outras diferenças podem ser observadas no que diz respeito aos tipos de drogas. A variedade das chamadas drogas de abuso aumentou a partir da utilização de uma diversidade de drogas antes não conhecidas, bem como a fabricação de drogas novas a partir daquelas que já se tinha algum conhecimento prévio. Enfim, o comportamento de usar drogas não é um comportamento novo e há pouco tempo conhecido, o que muda são os atores desse comportamento, e o papel que a droga vem desempenhando na sociedade e nas vidas dessas pessoas (ESPINHEIRA, 2009; MACRAE, 2011).

Ninguém usa drogas por acaso. Existem alguns fatores que podem ser considerados como fatores preditores para o uso e abuso de drogas, e conseqüentemente, para o desenvolvimento de uma provável dependência química. A literatura nos traz determinados fatores que, interagindo entre si, podem levar ao uso e abuso de drogas. Para Bordin et al (2010), a dependência química pode ser entendida como um processo biopsicossocial, pois, ao mesmo tempo em que parece haver um componente biológico herdado nos transtornos de abuso de substâncias, esse comportamento por si só não é suficiente para explicar a complexidade de tal fenômeno. Complementam dizendo que fatores psicológicos, sociais, culturais e espirituais desempenham papel significativo na causa, desenvolvimento e resultado do uso de drogas.

Sendo assim, pode-se pensar que a depender destes fatores poderá existir uma predisposição de alguns indivíduos para o uso de drogas, bem como os efeitos e conseqüências deste uso serão diferentes para cada um, considerando estes mesmos marcadores. Por meio disto é que se tenta explicar porque algumas pessoas desenvolvem uma dependência química e outras, com um padrão de uso muito semelhante da mesma droga, não desenvolvem, bem como porque algumas drogas têm um efeito tão destruidor para algumas pessoas, e para outras não, sendo que alguns indivíduos até podem ser considerados usuários

funcionais de determinada substância, mesmo quando ilícita (BORDIN et al, 2010).

Há de se considerar também que existem fatores que convergem tanto para o favorecimento de circunstâncias que levam ao uso e abuso de drogas, chamados fatores de risco, bem como fatores que colaboram com os indivíduos, mesmo aqueles que têm contato com drogas, no sentido de se proteger das mesmas, os fatores de proteção. Estes fatores – risco e proteção – podem ser encontrados nos aspectos biológicos, na cadeia genética, nas peculiaridades das relações interpessoais e nas interações familiares, nas oportunidades de contato ou convivência com a droga, nas sensações provocadas pelo efeito obtido com o uso da droga, e na cultura onde está inserido o sujeito (ZEMEL, 2011).

Mas o fato é que o consumo de drogas vem crescendo em números consideráveis, principalmente a partir do século XX. Nas últimas décadas, configura-se um fenômeno de massa e grande questão de saúde pública (PRATTA, SANTOS, 2009).

Segundo dados do Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, 12,3% das pessoas entre 12 e 65 anos eram dependentes do álcool, e 22,8% já fizeram algum uso, na vida, de drogas ilícitas. O uso de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, correspondendo a 8,8% dos entrevistados; a segunda droga com maior uso foram os solventes, 6,1%; em relação à cocaína, esta aparece em 2,9% dos casos relatados; por último, a heroína, correspondendo a 0,9%. Entre os medicamentos utilizados sem receita médica, os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram uso de 5,6%, e quanto aos estimulantes (medicamentos anorexígenos), o uso, na vida, foi de 3,2% (GALDURÓZ, 2011).

O documento nomeado Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas, PEAD 2009-2011, cita a expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool e cocaína, seja esta última na forma de pó ou cloridrato, ou em suas formas impuras de pasta-base, crack, merla e outros para uso fumado. A maconha, que está como a primeira entre as drogas ilícitas a ser utilizada, mantém prevalência importante, porém relativamente estável. O PEAD 2009-2011 destaca outras substâncias cuja preocupação é relevante, como os psicoativos de prescrição médica (principalmente benzodiazepínicos e anorexígenos), as substâncias inaladas (cola de sapateiro, thinner), pois se associam a situações de extrema vulnerabilidade social e pessoal de crianças, adolescentes e jovens, principalmente aqueles em situação de rua, e as drogas sintéticas, do tipo anfetamínicas, como o ecstasy, drogas mais atuais e

crescentes nos segmentos urbanos jovens (BRASIL, 2009; MARANGONI, 2011).

3.1 Crack, uma Droga Contemporânea

O crack é uma droga que tem os primeiros registros de seu uso na década de 90 (CRUZ et al, 2011). Ao contrário do que se pensa, o crack não é necessariamente uma droga nova, e sim uma maneira alternativa de preparo da cocaína, em forma de base, para que assim possa ser fumada (BORDIN et al, 2010).

De acordo com Cruz et al (2011), a cocaína é originária da região dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru e a Colômbia os principais países onde esta é produzida. Estes autores informam ainda que as pessoas que moram nestas regiões mascam a folha da coca desde o século XVI, mas somente a partir do século XIX é que ela começou a passar por determinados processos químicos, para que da folha se extraísse o cloridrato de cocaína, o pó branco, que desde então algumas pessoas utilizam de forma inalada, pelas vias nasais, ou, dissolvido em água, pela injeção nas veias. Além destas formas, hoje em dia, há outra variação no preparo da cocaína, conforme já mencionado, que pode ser fumada, sendo este produto final conhecido como crack, merla e oxi.

Sabe-se que, quando fumada, grande quantidade de cocaína atinge o cérebro de uma forma muito mais rápida, quase instantânea, se comparado com as outras formas de uso. Seus efeitos se instalam em poucos segundos, e a sensação de prazer muito intenso relatado pelos usuários estende-se por cerca de 5 a 10 minutos. Porém, em virtude da droga também ser rapidamente eliminada do organismo, ocasionando uma parada abrupta na sensação de bem-estar, muitos usuários acabam por entrar em uma busca compulsiva por continuar usando a droga ininterruptamente, para provocar de novo a mesma sensação de prazer intenso. Por conta deste movimento é que o usuário de crack acaba por desenvolver níveis de dependência comprometedores em curto espaço de tempo (BORDIN et al, 2010; CRUZ et al, 2011).

Alguns dados epidemiológicos indicam que, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 0,7% da população adulta já havia usado crack pelo menos uma vez na vida, o que representa um número de cerca de 380 mil pessoas (CRUZ et al, 2011). Outra pesquisa indica que no Brasil a forma mais comum de uso da cocaína era a inalada pelas vias nasais, no entanto, no final da década de 80, a via injetável passou a predominar, e em 1995 a

maior parte dos pacientes atendidos em clínicas já fazia uso do crack propriamente dito (BORDIN et al, 2010).

De acordo com Cruz et al (2011), além de seu efeito acontecer de modo mais rápido e intenso, o crack acaba por ser uma droga mais barata e, por isso, de fácil acesso pela população de usuários.

3.2 A Mulher Usuária de Drogas

O impacto social do uso de drogas, bem como o impacto sobre a saúde das pessoas, repercute de maneira diferente para diferentes sujeitos e ambientes. Isto acontece em virtude da estrutura propriamente dita do local, em termos de regras, costumes, crenças e valores, e também considerando qual é o sujeito que faz uso de drogas.

Oliveira et al (2007) nos mostra que, mesmo com diversas literaturas nos trazendo sobre a heterogeneidade do uso de drogas, existem tendências à homogeneização dessa população, como se todos se comportassem da mesma maneira e necessitassem da mesma forma de tratamento, onde a massa esmagadora que aparece é a de usuários homens.

Desta forma, as mulheres acabam sub-representadas em estudos sobre esse tema, assim como o planejamento de intervenções e tratamentos reflete muito a ótica de serviços quase que exclusivamente dirigidos ao público masculino, que, por essa demanda apresentar-se mais destacada, acaba por se caracterizar como tal, com poucas considerações para as diferenças entre gêneros, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais (OLIVEIRA et al, 2007).

Porém, autores como Venosa (2011) e Brasiliano (2001) procuram destacar a importância de se pensar em formas de atendimento específicas para as mulheres, especialmente em situações como esta, onde a predominância masculina esconde a parcela feminina, trazendo experiências que mostram a eficiência de grupos de mulheres, por exemplo, como um espaço de menor constrangimento, pela questão da exclusividade de gênero, potencializando a interação e favorecendo maior adesão da mulher ao seu tratamento.

Um estudo, realizado por Oliveira et al (2007), indica que o consumo de drogas é mais elevado entre os homens, em várias localizações e países diferentes. No entanto, a proporção entre homens e mulheres para as drogas vem diminuindo. Sobre as drogas consumidas, os homens, na maioria, são mais propensos ao consumo das drogas ilícitas precocemente, por mais tempo e em maior quantidade do que as mulheres. Porém, há pesquisas sobre comunidades periféricas de

Salvador, Bahia, onde as mulheres têm aumentado o consumo de crack, principalmente aquelas que se dedicam ao trabalho com o sexo, superando taxas apresentadas pelos homens naquela localidade (OLIVEIRA et al, 2007).

Contudo, mesmo com estas recentes pesquisas mostrando o aumento do consumo de drogas pela população feminina, os números referentes à procura por tratamento e a adesão nos pontos de atenção à saúde, destinados para tal, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, CAPS ad, ou até mesmo nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, não aparecem do mesmo modo. Parece que essa mulher não está chegando a estes serviços e, geralmente não traz, como queixa inicial, o uso de drogas (MOREIRA et al, 2012), ou, quando o faz, nem sempre permanece em tratamento pelo tempo ideal, sendo altos os índices de abandono e, conseqüentemente, insucesso nos cuidados da dependência química na mulher. Brasileiro (2001) traz exemplos referentes a sua prática cotidiana no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que ilustram muito baixa adesão à psicoterapia no serviço misto, onde cerca de 50% das mulheres abandonavam o tratamento nos três primeiros meses.

Edwards et al (2005), trazem informações que ajudam a visualizar como tem ocorrido a subutilização dos recursos para tratamento, em se tratando da dependência química na mulher. Segundo estes autores, vários podem ser os fatores que contribuem para a baixa procura dos serviços pela mulher, que se dá muitas vezes por barreiras reais ou imaginárias, permeadas por moralismo social e estigmas. Algumas podem cair na tendência de minimizar a importância ou os prejuízos que podem ocorrer com o consumo de drogas, trazendo outras queixas que mascaram ou disfarçam o fato, além de sua baixa autoestima, que pode levar a crer que não vale a pena procurar ajuda. Outro fator significativo para a baixa procura pelo atendimento é quando o parceiro também faz uso de drogas, muitas vezes desencorajando ou impedindo a mulher de procurar tratamento. Outras necessidades básicas mais essenciais, como questões financeiras, fazem com que a mulher precise trabalhar, ao invés de se tratar, ou falta quem cuide dos filhos, por exemplo. A oposição de amigos ou familiares, bem como postura negativa dos profissionais podem também contribuir para essas escolhas (EDWARDS et al, 2005).

Alguns trabalhos mostram que, quando chega a iniciar tratamento, a mulher se mistura, muitas vezes, a dezenas de homens que ocupam a maior parte desses espaços de tratamento, não conseguindo encontrar um lugar para ser seu. Em grupos psicoterapêuticos mistos, a

presença masculina parece apagar as mulheres, que pouco conseguem se colocar. Cabe reforçar que grupos psicoterapêuticos exclusivamente femininos propiciariam, por meio da intimidade e livre troca afetiva, que conteúdos fundamentais fossem mais bem trabalhados, como problemas nos relacionamentos interpessoais, sexualidade, maternidade, entre outros temas (BRASILIANO, 2001; NÓBREGA, OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA et al, 2007; VENOSA, 2011).

A mulher, que faz uso de drogas ilícitas, está atraindo para si uma carga emocional intensa de desgostos e medo da vida pública, pois o julgamento social em relação à mulher usuária é muito duro e, percebe-se menos pressão social para que inicie o uso, e maior pressão, se este for descoberto, para interrompê-lo e, de preferência, de maneira rápida (NÓBREGA, OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA, PAIVA, 2007).

Se estiver grávida, mais uma série de fatores gera conflito, à medida que existe uma ideia mágica sobre a mulher e o amor incondicional que todas carregam dentro de si, pelos seus filhos, que viria à tona principalmente a partir da gestação, e que coloca a mulher num lugar quase que santificado, místico e dotado de conceitos que faz parte do imaginário coletivo, também sujeitos aos mais diversos julgamentos, quando alguma coisa destoa do esperado. Badinter (1985) levanta questionamentos sobre a existência de um instinto de amor materno, ou se este deve também ser construído, como tantas outras relações que se estabelecem ao longo da vida. Faz referência ainda a alguns conceitos amplamente disseminados, como o de que a mulher teria um destino biológico a cumprir, que sua natureza feminina gira em torno da maternidade, sendo aquelas que diziam não querer ter filhos, censuradas por seu egoísmo, consideradas imaturas, infantis.

Segundo Badinter (1985)

“a mãe ‘normalmente devotada’ define-se portanto, em primeiro lugar, pela sua capacidade de se preocupar com o filho, excluindo qualquer outro interesse. É porque ela pode se colocar no lugar do bebê que este se desenvolve harmoniosamente, sem ser demasiado perturbado por privações de todo gênero. Se ela não consegue fazê-lo, suas carências provocam fases de reações aos choques que interrompem o bom desenvolvimento da criança” (BADINTER, 1985, p. 309).

Dessa forma, percebe-se a grande responsabilidade atribuída à figura da mãe/mulher pelo desenvolvimento da saúde mental de seu

filho, e a grande culpabilização que fica implícita caso a mãe não atinja resultados satisfatórios. No entanto, quando a mulher faz uso de drogas, a gravidez acaba sendo mais uma das “fatalidades” que acontece em sua vida, geralmente permanece em segundo, terceiro plano, não é a preocupação central da gestante, que parece não conseguir sequer vivenciar esse momento mais plenamente.

Culturalmente, o cuidado dos filhos é de responsabilidade da mulher. Quando ela faz uso de drogas e negligencia esse cuidado, a mulher passa a ser taxada pela sociedade como egoísta e irresponsável para com os filhos, tornando-se mais ainda uma preocupação social. Algumas destas mulheres afirmam preferir se afastar das crianças em situações como estas, abrindo mão do convívio direto, como se tal afastamento pudesse protegê-las. Outra conduta de proteção relatada diz respeito a reduzir ou parar com o consumo de determinadas drogas, como cocaína e crack, consideradas por elas drogas mais pesadas, durante parte ou por toda a gravidez, bem como durante o aleitamento materno. Estas condutas parecem colocá-las mais próximas, de certa forma, dos papéis sociais culturalmente destinados às mulheres (OLIVEIRA, PAIVA, 2007).

Nos últimos anos vem crescendo o consumo de drogas por mulheres em idade fértil, trazendo novas situações e necessidades de se pensar sobre a relação entre o uso de drogas e a saúde materno-infantil (MARANGONI, 2011). Em uma revisão crítica de publicações em bases de dados online pesquisadas por Cembranelli et al (2012), o mesmo encontra que aproximadamente 15 a 17% dos usuários de cocaína são mulheres em idade fértil, o que pode aumentar a prevalência do uso dessa droga durante a gestação.

Diante do que vem sendo posto, as consequências do uso de drogas durante a gestação também podem ser inúmeras. Edwards et al (2005) aponta que o consumo pesado de álcool na gravidez pode desencadear abortos espontâneos, retardo no crescimento intrauterino, síndrome alcoólica fetal e efeitos fetais do álcool.

Cembranelli et al (2012) refere que a cocaína pode afetar o desenvolvimento do bebê tanto diretamente, através de exposição intrauterina, como indiretamente, através de alterações na assistência materna. O mesmo trabalho nos indica ainda que é importante considerar o efeito dessa droga no período gestacional, bem como as repercussões futuras no desenvolvimento infantil.

Algumas consequências como baixo peso ao nascer, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, diminuição da circunferência cefálica, atraso global no desenvolvimento psicomotor,

aumento de partos prematuros, bem como descolamento prematuro de placenta e outros efeitos adversos geralmente são observados (KOLLER et al, 2010; MOREIRA et al, 2012; CEMBRANELLI et al, 2012).

3.3. Saúde da Mulher

Para falar sobre a saúde da mulher é necessário contextualizar diferentes aspectos e peculiaridades do funcionamento feminino, pois, aprofundando-se no tema, pode-se perceber que não se trata apenas de diferenças físicas e do corpo propriamente dito da mulher, quando em comparação ao homem.

O corpo feminino tem uma história que vai se modificando ao longo do tempo. Uma história que tem, desde o seu passado, muita repressão, quando este era considerado tema proibido, tanto no que dizia respeito a falar sobre ele, bem como a exposição de suas partes de modo muito exagerado, deixando aparecer traços mais íntimos ou formas quem sabe mais avantajadas (PERROT, 2003). Neste período o corpo feminino parecia “propriedade” do homem, que poderia, “deveria” usufruir deste quando lhe fosse necessário, ou de seu gosto. Até mesmo o prazer proveniente de tais envolvimento era negado à mulher, a qual não cabia sentir, apenas satisfazer ao homem (PERROT, 2003).

Conforme o passar do tempo, o corpo feminino continuou sendo alvo dos mais diversos olhares, desde os de adoração, até as maiores reprimendas possíveis, mas o fato é que, enquanto matéria que era analisada, quem sempre o fez foi o homem. Segundo nos traz Perrot (2001), o corpo da mulher é descrito e observado pelos homens, a quem parece que as coube analisar, e é sob esse ponto de vista que o corpo da mulher é definido em suas peculiaridades e funcionamento.

Sendo assim, pode-se deduzir que o domínio e conhecimento sobre o corpo da mulher e, já neste caso, de sua saúde, foi por muito tempo do homem, materializado na figura dos médicos e cientistas. Somente em tempos mais contemporâneos, é que a saúde da mulher passa a ser dividida, em termos de seus saberes, com ela mesma, que hoje já se apropria e é incentivada a empoderar-se desse conhecimento e cuidado.

Quando se fala sobre a saúde da mulher é importante também levar em conta algumas questões de gênero e outras que são do sexo propriamente dito. Laurenti e Aldrighi (2005) pontuam que o sexo diz respeito às questões biológicas que diferem entre os homens e as mulheres, enquanto que o gênero faz menção a todo um construto social e cultural que determina algumas características próprias do masculino

ou do feminino, podendo englobar “(...) traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que, por meio de um processo de construção social, diferencia as mulheres dos homens” (LAURENTI, ALDRIGHI, 2005, p. 40). Ainda de acordo com os mesmos autores, é importante se considerar tais conceitos, pois é a partir destes que se pode entender e mensurar a prevalência ou incidência de determinados agravos à saúde, se são mais comuns entre homens ou mulheres, além de favorecer estratégias de intervenção, tratamento e até prevenção (LAURENTI, ALDRIGHI, 2005).

Literaturas indicam que as mulheres procuram muito mais as unidades de saúde do que os homens, o que pode ocorrer por parecerem mais atentas às mudanças que acontecem em seu corpo e aos indícios de que algo não está bem. Isto pode acontecer também pela questão do cuidado que lhes é inerente, geralmente são as mulheres que acompanham os filhos, pequenos ou adolescentes, e os idosos quando estes precisam de atendimento de saúde, aproximação esta que por si só já favorece seu acesso às unidades de saúde, quando necessitam elas próprias de cuidado (LAURENTI, ALDRIGHI, 2005).

No entanto, o mesmo não tem acontecido quando a questão é a dependência química entre as mulheres, pois a prática nos mostra que poucas buscam por atendimento, e, quando o fazem, poucas permanecem em tratamento pelo tempo necessário. As taxas de abandono são significativas entre as mulheres que chegam às unidades de saúde com essa queixa (BRASILIANO, 2001; NÓBREGA, OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA et al 2007; BORDIN et al, 2010; MOREIRA, 2012;).

Determinados fatores podem ser elencados como prováveis contribuidores da pouca busca por atendimento pela mulher que faz uso de substâncias. Acredita-se que um grande marcador são os estigmas socialmente construídos a respeito das mulheres que usam drogas. A começar pela questão agora mesmo abordada, desse papel de cuidadora que a mulher naturalmente adquire, e se torna grandemente afetado quando esta faz uso de substâncias lícitas ou ilícitas. Sendo esta uma função largamente esperada que toda mulher desempenhe, ela é fortemente “crucificada”, julgada e condenada quando não dá conta de fazê-lo, ainda mais por estas razões (OLIVEIRA, PAIVA, 2007; OLIVEIRA et al, 2007).

Bordin et al (2010) refere que as mulheres com problemas relacionados a dependência química começaram a procurar mais os locais de tratamento na metade do século XX, mas que estudos sobre essa parcela da população somente começaram a acontecer no final

deste mesmo século. Continua dizendo que, mesmo existindo de 2 a 3 homens para cada mulher com problemas relacionados ao álcool, por exemplo, nos locais de atendimento especializado encontram-se de 4 a 5 homens para cada mulher, ou até mais. Além disso, as mulheres procuram mais pelos serviços não especializados, trazendo queixas gerais sobre seu estado físico, cabendo aos profissionais identificar se ali podem existir problemas por uso de substâncias, investigação mais direta que nem sempre acontece, por despreparo do profissional ou falta de indícios mais óbvios que o faça pensar sobre essa necessidade (BORDIN et al, 2010).

A preocupação com o cuidado e atenção em saúde é tema de discussões em prol de melhores atendimentos, pois, como aponta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2007), o Sistema Único de Saúde deve estar preparado para lidar com questões que vão desde a promoção da saúde, ao controle de patologias mais prevalentes neste grupo e garantia do direito à saúde. Refere ainda que deverá atingir mulheres em todos os ciclos da vida, resguardando questões específicas das faixas etárias, raças e etnias.

No que diz respeito ao abuso ou dependência de álcool e outras drogas, sabe-se que o trabalho em rede, pautado por abordagens intersetoriais entre os serviços de saúde é a melhor das opções (BRASIL, 2010), apesar de ser tão complicado ainda de se efetivar na prática. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, CAPSad, são hoje um dos dispositivos estratégicos para acolhimento e avaliação de casos de saúde mental relacionados ao uso de substâncias, ou em decorrência deste uso, contando com os demais pontos de atenção que devem atuar em parceria na promoção de cuidados a estes usuários, havendo essa articulação entre CAPS, ambulatorios, residências terapêuticas, Atenção Básica e leitos de atenção integral (BRASIL, 2010).

Humanização e qualidade na atenção são questões importantes de se levar em conta quando o assunto é cuidar da saúde. O respeito à diferença, ausente de discriminações ou imposições de valores e crenças pessoais, deverá fazer parte de todos os atendimentos (BRASIL, 2007), ainda mais quando se consideram as peculiaridades que vem sendo levantadas quanto às necessidades de cuidado à saúde da mulher, em especial em casos de uso e abuso de substâncias.

3.4 A Gestação e o Uso de Drogas

De acordo com Maldonado (1991), há três períodos do ciclo vital da mulher que representam momentos de intensa transição e mudanças, a adolescência, a gravidez e o climatério. Diz ainda que são períodos de mudanças metabólicas complexas que envolvem também grande instabilidade emocional, pelas adaptações necessárias dos papéis sociais desempenhados, reajustamentos intrapsíquicos e interpessoais, além de mudanças de identidade (MALDONADO, 1991).

Seguindo sua linha de raciocínio, Maldonado (1991) aponta que na gravidez surge a necessidade de reestruturação e reajustamentos em várias dimensões e aspectos da personalidade da mulher, e aponta como um dos primeiros impactos sua noção de identidade propriamente dita, tanto a que tem de si mesma como a que vem dos outros, pois a mulher grávida se vê e é vista pelos outros de modo diferente das demais. Tanto na primípara como na multípara, as mudanças que dizem respeito aos papéis sociais, podem ser notadas, no caso da primeira, que passa a ocupar, além dos papéis de filha e mulher, a posição de mãe, e no caso da segunda, onde ser mãe de dois filhos não é o mesmo que ser mãe de um filho, pois com a chegada de novos elementos toda a composição familiar se altera, e assim por diante (MALDONADO, 1991).

Imagina-se que quando a mulher grávida faz também uso de drogas, certamente toda a situação de vulnerabilidade, instabilidades e estranhamento às mudanças também são vivenciados de outro modo, pois uma fase que por si só já é repleta de peculiaridades pode se tornar ainda mais complexa com a associação do uso de drogas.

Segundo Moreira et al (2012), no contexto da gravidez, o uso ou abuso de substâncias podem provocar consequências físicas e comportamentais potencialmente graves, tanto para a mãe como para o feto, devendo ser motivo de grande preocupação social e da saúde pública.

O potencial de transferência placentária da cocaína é considerado moderadamente alto, com aproximadamente 3 a 5% da cocaína adentrando no sistema circulatório fetal pelo líquido amniótico, que funciona como um reservatório de cocaína. Deste modo, o feto é exposto constantemente à droga, mesmo quando já não há mais uso da mesma pela gestante (MOREIRA et al, 2012). O consumo de cocaína durante o período perinatal, ou seja, da vigésima segunda semana de gestação até o sétimo dia após o parto, pode estar relacionado com as seguintes complicações: “(...) descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal com presença de mecônio, ruptura precoce da bolsa

amniótica, baixa estatura e baixo peso ao nascer, além de anormalidades geniturinárias e da parede abdominal” (MOREIRA et al, 2012, p. 549).

O uso de drogas durante a gestação pode atingir negativamente o feto de várias maneiras, dentre as quais se destacam aqui dois modos: pelos efeitos fisiológicos e complicações que podem gerar no feto quando a droga atingir seu organismo, e os efeitos do contexto no qual este feto, e depois o bebê, está exposto. Considera-se como contexto o qual o bebê já faz parte na vida intrauterina ainda, como após o nascimento, onde o foco da mãe acaba por ser a busca da droga, e as articulações de como conseguiu-la, onde, de que forma, a que preço, etc., o que contribui consideravelmente para aliená-la da vivência da gestação e da maternidade (CEMBRANELLI, 2012). Deste modo, todo o cuidado necessário é comprometido, sabe-se que gestantes usuárias de drogas têm dificuldade em procurar por atendimentos de saúde e tampouco têm boa adesão no acompanhamento pré-natal (MOREIRA et al, 2012).

Segundo Maldonado (1991), é importante que se tenha em mente que muitas mudanças significativas acontecem também no período pós-nascimento, pois o período do puerpério é considerado como uma continuação de adaptações e transformações no cotidiano, que implica desde em mudanças fisiológicas até a consolidação da relação pais-filho, com grandes modificações de rotinas e relacionamentos familiares.

Quando ocorre o uso de cocaína/crack na gravidez, o bebê pode apresentar sintomas como “(...) agitação, irritabilidade, febre, redução do choro, sudorese, convulsões, tremores, sugar excessivo e alterações no tempo e no timbre do choro” (MOREIRA et al, 2012, p. 554). Podem também apresentar alguns comprometimentos neurocomportamentais e distúrbios de aprendizagem de modo mais tardio no desenvolvimento, devido a comprometimentos das funções executivas (KOLLER et al, 2010; MOREIRA et al, 2012).

Portanto, é de suma importância que o acompanhamento à gestante e seu bebê não aconteça somente no período da gestação, que, como lembra Moreira et al (2012), é sempre de alto risco. O ideal é que esse cuidado possa se estender para além do nascimento, contando com as possibilidades de vínculo com os profissionais e com os serviços.

3.5 A Rede de Cuidados

O uso de drogas é um fenômeno biopsicossocial, ou seja, envolve aspectos do sujeito que podem ser de ordem biológica, social, espiritual, cultural (BORDIN et al, 2010).

Deste modo, ao se pensar em estratégias e dispositivos de cuidado é preciso que se tenha um olhar ampliado, já que o uso de drogas afeta diferentes pessoas, de formas diversas, razões, contextos e circunstâncias variadas. Na busca por novas estratégias de cuidado, contato e vínculo, importante é pensar, organizar e implementar variados programas de prevenção, educação, tratamento e promoção que sejam adaptados às diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vem orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde para outros dispositivos, diferentes de internação em instituições com características asilares e que não assegurem a garantia de seus direitos humanos. A Reforma Psiquiátrica, que deu seus primeiros passos no início da década de 80, é contemporânea à Reforma Sanitária Brasileira e teve início como um movimento social em busca de maiores direitos e cidadania no que diz respeito a políticas de saúde, principalmente a saúde mental, que naquela época vinha acompanhada de denúncias de violência e abandono, por um sistema assistencial hospitalocêntrico, asilar (DELGADO, 2014), que excluía as pessoas consideradas com transtornos mentais, usuários de drogas, ou as que por alguma razão se destoavam das normas e das boas condutas desejadas pela sociedade.

Recentemente, tem-se a criação da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Para garantir o cuidado à saúde de forma integral, a rede de atenção deve estar pautada em ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescentes (BRASIL, 2011), ou seja, não são atitudes isoladas e fragmentadas que vão dar conta das demandas do sujeito.

A Rede de Atenção Psicossocial, também chamada RAPS, deve atuar no território, de acordo com suas especificidades, e enfatizar serviços de base comunitária que se adequam às necessidades do usuário e seus familiares, e não o contrário. Deve ainda garantir o acesso e qualidade dos serviços, ofertando assistência multiprofissional, sob a

lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011), onde os saberes das diferentes áreas que trabalham juntas, se cruzam e se complementam na busca pelo cuidado integral do indivíduo.

Uma das grandes diretrizes da RAPS é a organização dos serviços em rede, estabelecendo ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Tem como um de seus objetivos, portanto, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011).

É sob esta ótica que o cuidado da gestante usuária de crack deve estar. Por se tratar de uma situação, que naturalmente já demandaria cuidados específicos na Atenção Básica, a gravidez, contando com mais essa particularidade do uso de drogas, sugere parceria com o serviço de pré-natal de alto risco, o CAPS ad e mais outros dispositivos que podem ser acionados a depender da necessidade de cada caso, como hospital geral ou serviços de urgência e emergência.

Destaca-se a importância do trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família, ESF, e das Unidades Básicas de Saúde, UBS, no sentido de realizar um mapeamento da população de seu território, a fim de conhecer a realidade e as necessidades do local, identificar precocemente as gestantes e poder realizar, assim, a classificação de riscos de sua gestação, bem como a identificação dos dispositivos de saúde responsáveis pelo atendimento de cada um dos casos específicos. Há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresenta maiores probabilidades de uma evolução desfavorável de sua gestação. (BRASIL, 2012). Deste modo, entende-se por gestação de alto risco, aquela na qual a vida ou a saúde da mãe, do feto ou do recém-nascido pode ser atingida em proporções maiores do que as da média da população considerada (CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud BRASIL, 2012).

A redução da morbimortalidade materna e perinatal está diretamente ligada com o acesso da gestante ao acompanhamento pré-natal de qualidade e realizado em tempo oportuno, atingindo os níveis de complexidade necessários para cada caso (BRASIL, 2012). O acolhimento também é parte fundamental para determinar se o acompanhamento pré-natal será bem sucedido ou não. O termo acolhimento implica receber a gestante, desde o primeiro momento em que chega à unidade de saúde, buscando promover um espaço para que expresse suas preocupações e angústias, ouvindo suas queixas, responsabilizando-se e garantindo atenção resolutiva e articulação com outros pontos da rede (BRASIL, 2006).

Por fim, ressalta-se que o acolhimento qualifica a assistência, possibilita o surgimento de vínculos significativos, favorece maior responsabilidade pelo processo de cuidado e manejo sobre situações relacionadas ao acompanhamento, seja individuais, sociais ou até mesmo relacionadas aos programas de atendimento (BRASIL, 2012).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa do tipo descritivo exploratória, com abordagem qualitativa.

Pesquisas exploratórias são utilizadas quando há o objetivo de proporcionar uma visão geral e aproximada sobre determinada situação, tendo entre suas principais finalidades desenvolver, modificar, esclarecer conceitos e ideias. Já a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno, bem como levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população. Quando associadas, atendem os interesses de pesquisadores sociais que se encontram preocupados com a atuação prática (GIL, 1995).

Sobre a abordagem qualitativa, Marconi e Lakatos (2007) trazem a informação de que esta se preocupa em analisar aspectos mais profundos do comportamento humano, descrevendo-o em sua complexidade, visando detalhar as investigações, os hábitos, as atitudes e tendências de comportamentos.

4.1 Caracterização do Local de Estudo

O local escolhido para realizar o presente trabalho foi uma unidade de saúde da Atenção Básica de um município da região sul do Brasil, para onde são encaminhadas as gestantes de alto risco, identificadas nas Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas e serviços de alta complexidade.

A unidade de saúde conta com equipe composta por médica ginecologista e obstetra, especializada em gestação de alto risco, enfermeiras, técnicos em enfermagem, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, neonatologista, cardiologista pediatra. Dentre as atividades realizadas, além do acompanhamento pré-natal, estão a orientação do planejamento familiar, serviço de pediatria e acompanhamento da criança nos primeiros anos, imunização e vacinas, educação em saúde e prevenção de agravos, como câncer de mama e de colo de útero, entre outras.

4.2 Sujeitos do Estudo

O critério de escolha dos profissionais que fariam as entrevistas foi atuar diretamente no pré-natal de alto risco, uma vez que esta unidade também presta cuidados à saúde da mulher e da criança sob

outros aspectos, conforme já citado anteriormente. A equipe do pré-natal de alto risco é composta por 01 técnica em enfermagem, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 médica obstetra, 01 nutricionista e 01 fisioterapeuta, totalizando 06 profissionais entrevistados.

4.3 Coleta de Dados

Primeiramente foi realizado contato com a Coordenadora de Saúde Mental do município, em exercício no segundo semestre de 2013, quando foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa na unidade de saúde desejada, explicados seus motivos, objetivos e metodologia que se pretendia adotar. Com esta autorização, foi realizado contato com a coordenadora da unidade de saúde, com quem foi feita a mesma fala e obtida sua autorização, mediante apresentação de declaração escrita da Secretaria Municipal de Saúde e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH, autorizando a realização do trabalho, por meio de parecer número 724.452.

Com estes documentos providenciados, deu-se início ao trabalho no segundo semestre deste ano. Primeiramente, foi realizado um levantamento em todos os prontuários abertos neste ano, até o mês de agosto, a fim de identificar quais as gestantes em acompanhamento pré-natal faziam uso de crack, pois a intenção era de que elas também fossem entrevistadas. Era desejado que elas pudessem falar sobre suas percepções a respeito do momento de vida em que estavam e do cuidado pré-natal a elas destinado, principalmente em virtude de suas particularidades por conta do uso de crack. No entanto, e confirmando a fala de alguns profissionais, neste ano ainda não foi recebido nenhum caso com este perfil naquela unidade, nem de gestantes usuárias de crack, nem de outras drogas ilícitas ou álcool.

Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semiabertas, baseadas em um roteiro composto por quatro questões semiestruturadas (Apêndice A). As entrevistas semiabertas possibilitam uma abordagem em profundidade e se caracterizam por sua flexibilidade e capacidade de explorar amplamente um determinado tema (DUARTE, 2006).

As entrevistas foram agendadas previamente, em data e hora marcadas de acordo com as possibilidades do profissional. No momento do agendamento, foram expostos os objetivos da pesquisa e feitos os devidos esclarecimentos, bem como a questão do sigilo e confiabilidade das informações pessoais. As entrevistas aconteceram na própria

unidade, em um local protegido da interferência de outras pessoas, privilegiando que o entrevistado pudesse se sentir a vontade. Foram gravadas, mediante autorização e transcritas na íntegra para posterior categorização e análise dos dados. Antes de começar a entrevista, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), que foi lido e assinado, ficando uma cópia em sua posse e outra com a pesquisadora.

4.4 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas minuciosamente. A partir daí, foram realizadas leituras exaustivas de cada uma delas, a fim de identificar temas comuns, contradições e semelhanças nos discursos. Este processo possibilitou a organização das informações e sua categorização a partir das falas mais relevantes e que destacaram aspectos comuns entre elas.

A análise dos dados foi realizada de acordo com os pressupostos metodológicos de Minayo (2004), por meio da ordenação, classificação e análise dos dados colhidos. No primeiro momento, foram ordenadas aquelas falas consideradas mais relevantes e pertinentes aos objetivos desta pesquisa, por meio de palavras-chave ou frases que pudessem representar os temas que orientariam a análise do material. Em seguida, para exploração do material foi realizada a classificação e agregação dos dados, delimitando categorias teóricas ou empíricas para comandar a especificação dos temas. Por fim, para o tratamento e interpretação dos dados, Minayo (2004) sugere que o analista proponha inferências e realize interpretações de acordo com seu quadro teórico, o qual foi norteador desta pesquisa.

A partir deste processo surgiram duas grandes categorias, a serem discutidas:

(1) a concepção dos profissionais no cuidado à gestante usuária de crack;

(2) o acolhimento da gestante usuária de crack pelo profissional.

As falas mais significativas ou que se destacaram nas entrevistas foram utilizadas na análise, a fim de representar as categorias estudadas.

As categorias foram analisadas também dentro das perspectivas dos objetivos da pesquisa e do referencial teórico.

4.5 Considerações Éticas

A realização desta pesquisa foi vinculada à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH, vinculado a UFSC, e inscrito no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – SISNEP. Foi também autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa, e certificado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos por meio do parecer de número 724.452.

A fim de preservar a identidade das pessoas entrevistadas os profissionais serão identificados pelos códigos P1, P2, P3, P4, P5 e P6.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse item serão apresentados e analisados os dados obtidos nesta pesquisa, a partir das categorias encontradas, de acordo com o método apresentado e tendo por base o referencial teórico descrito como suporte para interpretações e inferências.

5.1 Categoria 01 – A Concepção dos Profissionais no Cuidado à Gestante Usuária de Crack

Nesta categoria será abordado como os profissionais se vêem diante da gestante usuária de crack, e como eles apresentam suas percepções, sentimentos, conceitos e valores, a maioria deles socialmente estabelecidos via senso comum sobre o cuidado e atenção as suas demandas no pré-natal.

Para tal consideramos necessário contextualizar como a sociedade pensa sobre as pessoas que fazem uso de drogas, principalmente as ilícitas. Segundo Cordeiro (2014), existe uma visão construída e defendida socialmente que aponta, em sua maioria, as pessoas que usam drogas como criminosas, descontroladas e perigosas, e que, em virtude disto, o único tratamento possível seriam as internações involuntárias e compulsórias. Complementa, afirmando que qualquer outra possibilidade ou ponto de vista contrário, independente de seus argumentos, outras formas de cuidado ou a lembrança da garantia de direitos humanos a esse recorte da população são desconsiderados de maneira pouco justificada ou por razões emocionais, em detrimento de razões fundamentadas, coerentes e plausíveis (CORDEIRO, 2014).

Considerando-se esses argumentos e a influência das representações sociais que se tem sobre o usuário de drogas, nota-se que algumas das características pré-estabelecidas que foram apontadas por Cordeiro (2014) aparecem nas falas dos profissionais participantes desta pesquisa.

“(...) mas ela faz parte desse grupo né, e esse grupo usa e ela gestante ou não ela vai lá, ela vai lá usar (...) e na gestação ela não consegue parar, só em casos de muito tratamento mesmo, às vezes até com internação.” (P4)

“(...) daí quando a gente vê que ela tá agressiva, né, daí a outra pessoa já, né, também ajuda a controlar, conversar (...) até agora, graças, não aconteceu nada né... não teve nenhuma... quando a gente vê que tá se alterando, a gente já... conversa.” (P2)

A impressão de que a usuária de drogas tende a não possuir controle sobre seus atos, bem como oferecer perigo a outras pessoas e, enquanto gestante, ao seu próprio bebê, se faz presente no contexto das falas dos profissionais que expressam suas representações do que pensam a respeito dessa gestante.

Parece existir uma ideia de que a usuária de drogas se mostra como alguém difícil de lidar, uma pessoa com algumas características próprias marcadas pela droga, como o jeito de se portar, humor alterado, jeito de conversar, geralmente agressiva, mal vestida, que vive na rua. Quando a gestante não se enquadra neste “perfil”, faz com que se coloque em dúvida a questão do uso de drogas. Nesse pensar a gestante usuária de crack deve parecer algo, o menos provável com uma “pessoa comum”, como se já estivesse rotulada, colocando em dúvida até como deve ser a postura do profissional, se precisa se resguardar ou tomar alguns cuidados diferenciados pelo fato da gestante fazer uso de drogas. Como se não fosse uma pessoa que está ali...

As falas a seguir ilustram esta questão.

“(...) a gente não sabia mesmo até que ponto ela tinha sido usuária, não tinha, isso era verdade mesmo ou se era só usuária de algum outro tipo de droga. Não, e ela não tinha alteração nenhuma, assim de humor, de, nada, ela era uma gestante tranquila pra atender...” (P5)

“(...) nunca conversei com nenhum usuário entende, pra ter, eu não sei como seria a recepção dele em relação a mim né, então realmente eu não saberia o que fazer (...) como se comportar, talvez como falar com ela, talvez eu teria uma certa dificuldade.” (P6)

Büchle (2001), em um de seus trabalhos a respeito das representações sociais acerca do beber, reflete que algumas concepções

de profissionais que não lidam diretamente com a situação da dependência química

“(…) explicitam uma violência silenciosa, contida, na maioria das vezes não dita claramente, mas que revelam uma realidade social marcada por preconceitos e impressões que os profissionais têm de determinados indivíduos, e o comportamento expressivo que esse indivíduo pode ter” (BÜCHELE, 2001, p. 123).

Büchele (2001) entende o preconceito como um conceito antecipado de alguma coisa sem um fundamento razoável, uma opinião formada muitas vezes por pré-conceitos anteriores, alimentados por estereótipos e gerando estigmas construídos em nosso cotidiano.

Ainda tomando por base o mesmo trabalho, Büchele (2001) sugere que pode haver profissionais que não consideram o alcoolista como um sujeito adoecido. Imagina-se que esta reflexão possa se estender àqueles que fazem uso de outras substâncias, e que há profissionais da área da dependência química que podem considerá-lo como tal, mas mesmo assim não é desta forma que a sociedade em geral o vê. Muitas vezes é, a priori, julgado como culpado por seus atos, responsável por suas ações – como se fosse uma situação individualizada, que não se relaciona com outras variáveis externas ao indivíduo. Isso parece resultar no olhar que a sociedade dá pra certos fenômenos, conforme a época e a situação vivida, o que gera também uma posição social tomada a respeito (BÜCHELE, 2001).

Percebe-se o peso destas considerações na seguinte fala:

“(…) eu acredito que uma gestante usuária não conseguiria levar uma gestação até o final né, pelo menos não com saúde (…)”.
(P6)

Entende-se que o preconceito, a discriminação desqualifica o sujeito, que fica com a imagem de negativo ou ruim, e isso por conta de suas próprias atitudes. Trata-se de uma visão individualista que situa a usuária como responsável por suas ações, mas sem considerar o contexto e demais fatores que estão ao seu redor, além de culpá-la e responsabilizá-la como causadora de seu sucesso ou fracasso (BÜCHELE, 2001) parecendo assim como que se isentar enquanto profissional. Porém, o profissional faz parte deste processo, precisa estar próximo e acompanhá-lo, caso pense que a responsabilidade é

unicamente da usuária, pode ser que não se implique no processo desta forma.

O consumo de qualquer droga, ilícita ou lícita, pela mulher, é fator de discriminação e dificulta as relações interpessoais. Mulheres que fazem uso abusivo ou dependente de álcool, por exemplo, são também vítimas de julgamentos, passam a ser malvistas e percebidas como tendo abandonado suas responsabilidades de esposa e mãe, sendo dadas à promiscuidade. Estas percepções errôneas, por vezes, fazem parte do imaginário coletivo também dos profissionais de saúde, que encaram estas mulheres como tendo desvios de caráter e de personalidade importantes, o que as tornaria, de acordo com esse olhar, como particularmente intratáveis, impedindo qualquer possibilidade de formação de vínculo para tratamento (EDWARDS et al, 2005).

Outro importante aspecto que foi observado, diz respeito aos papéis e responsabilidades que se espera de uma mãe, e como ficam estes papéis quando a gestante é usuária de crack.

“(...) antes ela dizia que não queria ver (...) não ia dar banho, ela não ia cuidar, ela ia judiar, ela dizia né, mas no final não, agora não [...] eu que to dando banho, eu que to cuidando, então daí né, com o tempo daí a gente ia conversando, que tu ia ver, é uma coisa boa pra ti, tu vais ver agora vai ter um neném...” (P2)

Os papéis sociais que se esperam que a mulher desempenhe, tais como mãe, esposa e cuidadora da família, entram em choque com o comportamento desviante do consumo de drogas, modo como este consumo é considerado. Quando o faz, a mulher passa então a duplamente contrariar as normas sociais, uma que é o próprio uso de drogas em si, e outra que é o fato de comprometer seu desempenho nestes papéis sociais que dela são esperados (OLIVEIRA, PAIVA, 2007).

Isto pode contribuir para que a mulher esconda o uso de drogas, e assim aumente seu grau de exposição e vulnerabilidade diante de tantos agravos à sua saúde, dentre eles a infecção por HIV, hepatite e outras doenças significativas, ou uma gravidez indesejada, quando, além de incidirem sobre seus corpos, podem também afetar o feto. Alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, gestação e parto, bem como maiores chances de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis, são

frequentes em mulheres usuárias de drogas (OLIVEIRA, PAIVA, 2007; OLIVEIRA et al, 2007).

O uso de drogas na gestação também pode afetar o bebê em questões mais subjetivas, tais como o contexto no qual acontece essa gestação. Estando em uso de drogas, e a depender dos níveis de uso e dependência, suas escolhas nem sempre favorecem a gestação em primeiro plano, o que pode levar a um distanciamento da mãe desta vivência (MOREIRA et al, 2012).

Esta é uma preocupação que se faz notar na pesquisa pela seguinte fala:

“(...) como tinha aquela menina que usava não sei se era crack (...) no começo ela era bem braba, estressada, não aceitava o bebezinho, e no final não (...) cada vez que vinha a gente conversava, falava (...)” (P2)

Cordeiro (2014) afirma que muitas crenças e valores sobre como tratar de quem usa drogas ainda são influenciados pela valorização da medicação e internações. Tal fato pode ser observado em algumas falas destes profissionais. Outra questão relacionada a este aspecto, que também aparece possivelmente como uma forma de atenuar agravantes, e para fazer com que a gestante assuma seu papel de mãe, é a abstinência, abordada em algumas falas dos entrevistados:

“Geralmente quando elas vêm, algumas né, elas já vêm dopadas né, tomam medicamento (...) daí então é tranquilo (...)”. (P2)

“(...) a gente avalia se ela voltou a [usar drogas], se ela tá usando (...)”. (P3) “(...) esclarecendo se essa gestante ela tá em abstinência ou não.”. (P4)

“(...) se ela não consegue por si só (...) mesmo gestantes elas tem que ser internadas, elas tem que ir pra clínica de desintoxicação, tratamento, porque tem uma vida em jogo (...) essa gestante não se livra, não consegue deixar de usar o crack (...)”. (P4)

Os princípios e diretrizes atuais das políticas públicas para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas vêm criticando amplamente o oferecimento de intervenções padrão para tratamento, em geral a internação, pois cada sujeito possui características únicas e

singulares que devem fazer parte do planejamento e das ações de cuidado. Não se atentar a esses fatores pode até colocar em risco o sucesso do próprio projeto terapêutico. Vale ressaltar que, quando justificada e embasada em fatores de risco significativos, neste contexto tanto para a mãe como para o bebê, a internação pode acontecer, porém é uma medida que não deve ser vista como primeira e única saída e nem para todos os casos. Além do mais, outras características também podem ser vistas como “sucesso” no tratamento, não apenas a abstinência (CORDEIRO, 2014).

De acordo com Siqueira (2014, p. 67) a partir do ano de 1994 passou a ser utilizada a estratégia da Redução de Danos, com o intuito de ampliar as possibilidades de cuidado das pessoas que, em função de seu uso de drogas, tornam-se mais vulneráveis a outros agravos à sua saúde. Trata-se de “(...) um conjunto de estratégias de saúde pública voltada para a minimização das consequências causadas por práticas de risco relacionadas ao uso de drogas”.

Percebe-se que formas de cuidado como a que se busca com a Redução de Danos parecem causar dúvidas e questionamentos da parte de alguns profissionais participantes, dando a impressão também de pouco conhecimento a respeito, uma vez que a maior parte dos participantes não fala sobre essa estratégia.

Na pesquisa, a Redução de Danos aparece da seguinte forma.

“(...) nem sempre ela usa o crack mas ela usa outras drogas né, então ai às vezes a doutora [...] coloca pra ela assim oh, esse aqui causa isso, isso, isso, isso no feto, esse causa, essa outra causa isso, isso, isso, é, você não consegue fazer a abstinência então você pelo menos não use esse, não use esse...”. (P4)

“(...) mas eu nem sei se isso chega a reduzir tanto né, eu acho que é só um, é um cuidado a mais principalmente porque ta gestando né (...)”. (P5)

Outro aspecto observado foi em relação ao papel assumido por alguns dos profissionais participantes, enquanto o condutor do tratamento. Fica parecendo existir um “campo delicado”, que é o das relações de poder, que não pode ser deixado de levar em consideração, uma vez que ambientes como este podem favorecer que o profissional se sinta como o detentor do saber, destituindo o usuário do serviço deste

local. Exemplifica-se esta questão na próxima fala, onde parece que o profissional sabe do que é necessário, e a gestante que não atende as orientações.

“(...) não é fácil ela se desligar desse vício né, mesmo com todas as, assim, as orientações dadas (...) e quando chega no pré-natal a gente vai, é, conversar um pouco mais sobre isso e ela não tem interesse em largar a droga mesmo sabendo que ela tá gestando (...).” (P4)

Cabe neste momento uma observação importante. Não está se questionando aqui o saber do profissional, no sentido deste ter domínio de sua prática e das técnicas das quais deve se utilizar no seu cotidiano de trabalho, acredita-se que a propriedade do conhecimento científico é um dado importante e necessário para o acompanhamento desta gestante. O que gostaríamos de destacar é a forma pela qual isso acontece, e se isso considera o conhecimento trazido pela gestante, ou as suas vontades, seus objetivos e limitações.

Seria importante ponderar que, quando se trabalha apenas sob uma ótica de cuidado e intervenção, as chances do profissional se colocar nesta posição de detentor do saber podem ser maiores, pela não observação de alguns contrapontos, muitos deles sinalizados pelo próprio usuário. De acordo com Araújo e Silva (2014), muitos profissionais, quando pautados em um modelo disciplinador, estabelecem uma relação de poder que tenta exercer controle e adequação de comportamentos, atitudes, valores e costumes do usuário.

“(...) tu não consegue, é, controlar uma gestante 24 horas né, nem a família consegue, então assim de todas que tiveram aqui que eu lembro assim a maioria foi difícil (...).” (P4)

“Por mais que a gente orientava, por mais que a gente falasse a gente pegava, alguém via, alguém percebia, alguém vinha contar pra um da equipe que ela ainda continuava fazendo uso da droga né, do crack. Então é difícil trabalhar com essa gestante, por mais que a gente queira né, por mais que a gente se envolva, por mais que a gente é, sabe

assim da situação dela e de toda a situação em geral é complicado (...).” (P4)

Kinoshita (2014) coloca sobre a importância deste modo de olhar o usuário, considerando seu desejo, potencialidades e limitações, para a elaboração de seu projeto terapêutico, aquele que irá nortear as ações de cuidado durante o acompanhamento. O mesmo autor define projeto terapêutico como um plano de ação voltado para o futuro do sujeito, que cuida do sofrimento que precisa ser curado ou minimizado, acompanhando e se fazendo presente neste processo.

Como forma de garantir seus direitos, é importante que se trabalhe também pautado no desejo da usuária, qual é sua expectativa em relação ao acompanhamento e quais são as metas que deseja, ou consegue, alcançar. Pensando no pré-natal de alto risco, pode-se buscar a formulação de pactuações com essa gestante, sem deixar de garantir os cuidados necessários à sua saúde e a do bebê, e para tal a equipe tem algumas indicações que devem ser seguidas, mas também buscando ouvi-la e compreendê-la em suas potencialidades e limitações, buscando uma forma mais eficiente e eficaz de cuidado.

Desta forma, os saberes são compartilhados e a usuária se percebe, enquanto participante ativo deste processo, que leva em conta suas particularidades, já que ela também contribui na definição deste projeto terapêutico.

O que pode ser percebido no decorrer das entrevistas é que, independente da estratégia de cuidado utilizada, parece existir um sentimento de despreparo quase geral dos profissionais participantes para atender essa parcela da população, que se sentem incapacitados para tal. Nota-se que este despreparo e o sentimento de incapacidade está presente desde, nas simples abordagens, ou no manejo de alguma conversa, como na identificação e cuidado de suas demandas relacionadas ao uso de crack, enquanto técnica e aplicação de suas práticas profissionais.

Podemos identificar essas questões em algumas falas, como as que seguem.

“(...) eu gostaria de ter realmente alguma capacitação porque eu realmente não sei qual seria a minha reação se tivesse alguma crise aqui dentro né, se ela já tivesse, usado recente a droga ou entrasse em algum,

alguma crise dentro do consultório (...). (P5)

“(...) eu acho que eu não, não estaria capacitada não pra atender uma, uma usuária de crack (...)”. (P6)

Pode-se perceber que parte do que se sabe foi adquirido pela busca pessoal destes profissionais, apenas em uma das entrevistas aparece uma fala que é contrária a esta afirmação.

“(...) eu acredito que sim, sempre é bom (...) isso não tem na nossa formação né, a abordagem desse tipo de paciente (...) então a gente vai mesmo pelo que a gente lê, da experiência trocada com os colegas né (...) pela prática, leitura né...”. (P3)

“É muito importante. Meu Deus a gente teve algumas, é, acho que o ano retrasado a gente teve uma capacitação muito boa, veio uma médica de São Paulo (...)”. (P4)

Além da importância das capacitações no sentido da aprendizagem, estes momentos podem ser muito importantes para quebrar estigmas, desmistificar o que se pensa e o que se tem sobre o cuidado do usuário de drogas, conceitos por vezes amplamente disseminados e que tem como base julgamentos morais, pré-conceitos e representações sociais estereotipadas. Estes estigmas podem ser superados a partir de processos contínuos de qualificação da equipe, além da garantia de espaços para discussão dos casos, compartilhamento de suas impressões, grupos de estudos (ARAÚJO, SILVA, 2014).

Igualmente importante de se considerar é o que afirma Bordin et al (2010), muitas vezes, há pessoas em uso de drogas buscando atendimento por outras questões, que não a questão do uso, passando este despercebido, não detectado por muitas unidades básicas de saúde, hospitais e outro serviços, de modo geral. Isto pode acontecer por falta de conhecimento dos profissionais sobre a dependência química e dos problemas a ela associados, falta de atenção ou inibição por parte do profissional, que se sente sem saber o que fazer com o problema, caso seja detectado, entre outros. Reforça-se com isto a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde para melhor diagnosticar e cuidar destes casos (BORDIN et al, 2010).

Para Moreira et al (2102), no caso das gestantes usuárias de crack, cabe às equipes uma postura acolhedora e de incentivo para que a gestante consiga se motivar a dar início e sequência ao acompanhamento pré-natal, bem como procurando mostrar-lhe também a importância de associar o tratamento para a dependência química, propriamente dita neste momento, ou posteriormente ao nascimento do bebê.

5.2 Categoria 02 – O Acolhimento da Gestante Usuária de Crack Pelo Profissional

A partir desta categoria serão abordados aspectos mais específicos do acolhimento da gestante, formação de vínculos, adesão ao pré-natal e quais os tipos de trabalho em equipe e em rede que são desenvolvidos, e como se dão esses processos.

O acolhimento é importante ferramenta de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. É também um dispositivo que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, podendo levar a mudanças no contato profissional-usuário-rede social. Pode-se afirmar ainda que o acolhimento não é um espaço nem local, e sim uma postura ética, que visa o compromisso coletivo de envolver-se, o compromisso com o reconhecimento do outro, acolhendo-o em suas diferenças, dores, alegrias e modos de viver, e também um compromisso na busca de estratégias nas relações do dia-a-dia, que contribuem para a dignificação da vida e do viver. Diferente da triagem, o acolhimento se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na recepção, deve acontecer em todos os locais e momentos (BRASIL, 2010).

Franco et al (1999) pontua três princípios básicos do acolhimento, 1) atender a todas as pessoas que procuram o serviço, garantindo acesso universal e assumindo sua função de acolher, escutar, dar uma resposta positiva e ser capaz de resolver suas demandas de saúde; 2) reorganizar os processos de trabalho de modo que direcione suas bases a uma equipe multiprofissional – não centrada em uma categoria apenas, geralmente a médica, sendo esta uma equipe acolhedora que se encarrega pela escuta e comprometimento com o cuidado do usuário; 3) qualificar a relação entre profissionais e usuários, baseada em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Entende-se que o acolhimento não é necessariamente o mesmo que uma entrevista inicial, nem tampouco acontece somente no primeiro contato da usuária com o serviço. O acolhimento não se encerra num

ato, mas trata-se de uma sequência de atos e encontros (ARAÚJO, SILVA, 2014). No entanto, a partir de algumas falas dos profissionais participantes, percebe-se que o significado atribuído ao acolhimento ainda é ligado ao primeiro atendimento da gestante, ou a triagem.

“É o acolhimento né... traz aqui pra sala, conversa, vê pressão né, pesa, pergunta se ela tem alguma [dúvida], quer alguma orientação (...)”. (P2)

“(...) é feito todo, todo acolhimento ali, toda orientação com relação aos riscos e malefícios que traz a droga pra ela (...) reforçadas as orientações com relação à gestação e ao bebê, os riscos para o bebê (...)”. (P4)

“(...) esse acolhimento é importante, às vezes a gente faz um pouco corrido, quando tem muita gestante (...) é pra colocar a importância do pré-natal, tirar as dúvidas dessa gestante (...)”. (P4)

O acolhimento é de fundamental importância para o processo de cuidado por ser determinante na formação do vínculo da gestante com os profissionais e com o serviço. Barreiros (2014) diz que no acolhimento é preciso que se esteja pronto para receber a usuária e suas demandas, estar motivado para cuidar e disposto para o encontro com a usuária como ela é e, com aquilo que ela já traz consigo, não o que se espera que seja.

Habilidades terapêuticas como sensibilidade, empatia e sinceridade são muito significativas. Igualmente é a escuta ativa, demonstrar-se atento, inclusive para não julgar, criticar os pensamentos, sentimentos, comportamentos do sujeito. Se o contato inicial não for minimamente agradável, a usuária pode entendê-lo como um ataque e então armar suas defesas, o que dificulta o processo terapêutico (BORDIN et al, 2010).

Uma importante reflexão que também encontra esse tema em questão é que, às vezes, perdem-se oportunidades de se firmar um bom vínculo pela forma que é feito o acolhimento, pois este pode fazer com que a gestante queira se afastar ou se aproximar do serviço. Faz-se importante lembrar que o serviço deve possuir uma atmosfera acolhedora, privilegiando sensações de bem estar, segurança e confiança

naquele local, o respeito ao usuário também aparece na higiene, na organização adequada e na estética do espaço, o que também favorece a sensação de ser bem acolhido. A ambiência, em seus diversos aspectos, reflete condições de dignidade, humanização e respeito presentes no espaço de atendimento. (ARAÚJO, SILVA, 2014).

Percebe-se que esta preocupação com o vínculo se faz presente em falas como a que segue, mas tem-se a impressão de que é um assunto que fica mais subentendido, havendo poucas colocações diretas dos profissionais entrevistados.

“(...) quando era no [hospital], na segunda era um obstetra, na terça era outro, na quarta era outro, então tu não cria o vínculo com a gestante no sentido assim de ter ela do início, da porta de entrada no serviço até o puerpério, a consulta pós-parto.” (P4)

Nota-se que para atingir maiores avanços no processo de cuidado como um todo, a figura constante de um profissional de referência aparece como elemento chave para alcançar estes objetivos. O vínculo contribui com esse processo e, para Barreiros (2014), vincular o usuário tem relação direta com a capacidade que o profissional tem de compreendê-lo. Desta forma, quando o usuário sente que está sendo ouvido em seus interesses e necessidades, sem se tornar alvo de julgamentos ou precisando de uma transformação, ou seja, sendo cuidado do modo como realmente é, o serviço passa a fazer sentido, o que favorece a vinculação e, conseqüentemente, sua adesão ao processo de cuidado (BARREIROS, 2014).

Quando consegue se estabelecer um bom vínculo/acolhimento com a equipe, o movimento da gestante pela busca ao atendimento é favorecido.

“Aí elas assim ‘ah mas eu posso marcar?’, pode, é um direito teu, todo, ‘ah então eu vou agendar porque eu quero fazer essa consulta com a psicóloga, com a nutricionista’ né, então a gente já encaminha (...)”. (P4)

“(...) é o que é feito com todas as gestantes aqui né, passa sempre por mim, minha agenda é aberta pra elas (...) passa ali pela

recepção pra agendar pra doutora [...] já agenda comigo (...).” (P1)

Percebe-se na prática que o fato de sentir-se vinculada ao serviço, de modo que se sinta confortável e acolhida em suas demandas, atua diretamente na adesão da gestante ao pré-natal, por se sentir como que pertencendo àquele espaço.

“(...) se sentindo segura, elas conseguem fazer o, todo o procedimento pedido a elas né, então elas fazem os exames corretamente, né, elas tem as consultas corretamente também (...).” (P1)

No entanto, mesmo que se procure oportunizar uma boa adesão ao pré-natal, o que aparece na fala de grande parte dos profissionais participantes é justamente o contrário. No momento da pesquisa, inclusive, não havia nenhuma gestante usuária de crack em acompanhamento.

“(...) a gente tem pouca paciente usuária de crack, esse ano a gente ainda não teve nenhuma (...).” (P3)

Já foi discutido sobre as grandes cobranças sociais e estigmas que recaem sobre a mulher usuária de drogas, se for gestante esse peso social fica ainda maior. A mulher tende muito mais a esconder o uso, o que faz com que busque menos por esse tipo de ajuda ou atendimento (EDWARDS et al, 2005; OLIVEIRA, PAIVA, 2007; OLIVEIRA et al, 2007). Vários são os fatores que podem contribuir para a baixa adesão encontrada no pré-natal de alto risco; este receio pela exposição de suas dificuldades, e pelo medo de julgamentos morais e cobranças, pode ser um destes fatores.

Destaca-se uma fala que ilustra muito claramente o que está sendo abordado.

“(...) e realmente se existem, existem mas elas não chegam (...).” (P6)

Araújo e Silva (2014) afirmam que o imaginário social construído sobre o usuário de drogas ainda é fortemente atrelado a julgamentos morais e também a criminalidade e violência. Esta concepção, referem os autores, desqualifica o usuário, é comum encontrar, nos serviços em geral, falas como “ele usa drogas porque quer”, “não são confiáveis”, “não sabem se cuidar nem ter autonomia”,

“tem que parar de usar”, reforçando e legitimando representações estereotipadas existentes.

Por outro lado, a usuária de drogas, neste caso a gestante, pode se sentir inibida e desmotivada a procurar e permanecer em atendimento, muitas vezes pelos mesmos motivos relacionados ao imaginário social. Há de se considerar também dificuldades pessoais, relacionadas ao seu perfil, suas características, história de vida e vivências anteriores.

Pode-se exemplificar esta questão com a fala:

“É, eu acho meio complicado assim primeiramente pelo fato dela ser usuária né, como que ela vai chegar aqui né. Às vezes até por, dela se sentir retraída né, não quer chegar à unidade de saúde porque ela vai ter que expor a vida dela né.” (P6)

Um documento do Ministério da Saúde sobre abordagens terapêuticas a usuários de cocaína e crack (BRASIL, 2010), aponta que existe um déficit no acesso universal ao Sistema Único de Saúde por parte dessa parcela da população, muitas vezes devido também a este despreparo do profissional de saúde, principalmente na Atenção Básica, no acolhimento das demandas desse usuário. Para tanto, um dos focos é se investir na melhoria da rede de cuidados, no mapeamento e identificação dessa população como forma de favorecê-la, bem como priorizando ações de saúde mental e ampliação das articulações entre serviços para cuidado dos usuários de crack.

Quando alguma gestante com esse perfil chega à unidade de saúde, mas acaba não retornando aos agendamentos, é notável o comprometimento dos profissionais na busca ativa, como uma tentativa de sensibilizá-la e resgatá-la para o acompanhamento.

“(...) a gente insiste né, vai atrás né...” (P3)

“(...) se caso elas faltam a consulta a gente já faz a busca ativa com todas as estratégia né, as unidades básicas e aí a gente consegue, ou na unidade ou aqui ela não consegue é, fugir do serviço de saúde (...) porque a gente consegue assim amarrar com que elas faça esse pré-natal né (...)” (P4)

A busca pela adesão muitas vezes passa a ser um dos grandes desafios do serviço, justamente por envolver vários fatores. É preciso

lidar com os rótulos acerca do uso de drogas na gestação, bem como com as características do serviço e o que este tem ofertado a essa população, ou quais as suas condições, potencialidades e também fragilidades. No entanto, mesmo que as tentativas de busca ativa sejam para a sensibilização da gestante para retornar ao pré-natal, parece que a forma como se faz esta conversa é também por meio de certa imposição, que fica implícita. O termo “amarrar”, por exemplo, pode significar forçar uma situação, ao invés de conscientizar a gestante para a importância desta. Esta fala não deixa também de reproduzir um modelo de tratamento biomédico, centrado no conhecimento da equipe, que desconsidera modelos de comportamento que são peculiares da gestante.

Como sinalizado por Fligie et al (2010), usuários de drogas geralmente chegam para atendimento com motivações flutuantes e conflitantes, ao mesmo tempo que quer, não quer, sente-se atraída e repelida por um mesmo objeto. Segue dizendo que um dos grandes geradores de conflito é o apego ao comportamento de usar drogas, já que estes comportamentos podem também ser fonte de enfrentamento, quando se depara com situações difíceis ou desagradáveis. Trabalhar a ambivalência, ao invés de negá-la ou criticá-la pode ser a essência do cuidado ao usuário de drogas (FLIGIE et al, 2010).

Como podemos perceber, vários são os aspectos que precisam ser considerados na busca pela adesão ao tratamento, que estão tanto relacionados à usuária como a equipe, suas posturas e reflexões necessárias.

Trazendo para a realidade desta pesquisa, os profissionais participantes também cogitaram algumas hipóteses.

“(...) se a gente tarjar ela como usuária de crack no sentido assim, é, meio que armado né, ela vai evadir-se (...) pra não ser, é, discriminada no meio social e até mesmo no pré-natal de alto risco (...)”. (P4)

“(...) pra gestante não usuária já é difícil (...) imagine com uma usuária (...) praticamente 100% dependente do vício (...)”. (P6)

“(...) elas sabem, se elas não forem no serviço de apoio e se elas faltarem no serviço de psicologia aqui a gente vai tá, é, comunicando outro órgão competente (...)”. (P4)

Percebe-se que, da parte de um dos profissionais entrevistados, existe uma reflexão sobre a postura da equipe em relação à adesão da gestante. Porém, ainda assim é vinculada a ideia de que a gestante é quem, por fim, carrega essa responsabilidade, quase que sozinha, quando diz que outros órgãos serão acionados se ela não cumprir com o que se espera dela (sic). A equipe, nesta fala, parece ter o papel de quem policia.

Nota-se também a presença de alguns estigmas implícitos, valores possivelmente relacionados aos pré-conceitos que se tem a respeito da gestante usuária de crack.

“(...) quando ela não quer deixar de usar droga, ela começa a faltar (...) ela já veio de outra comunidade se instalar ali e que de lá ela já foi, é, pressionada a deixar de usar a droga, então ela vai começar a evadir-se (...) e aí tu não consegue mais localizar (...)”. (P4)

“(...) ela só não faz o acompanhamento com todos da equipe se ela não quiser, porque ela é bem orientada, que ela tem que agendar psicólogo, tem que agendar nutricionista, tem que agendar fisioterapeuta (...)”. (P4)

Nota-se um destaque em relação à postura do profissional, quando diz que a gestante é bem orientada, portanto não segue o acompanhamento se não quiser (sic), ou quando deduz que ela não deixa de usar drogas porque não quer (sic). Essas falas parecem reproduzir um modelo onde ele, o profissional, estaria em um lugar de detentor absoluto do saber, cabendo à usuária apenas seguir aquilo que lhe é colocado como “correto” para o tratamento. Porém, Barreiros (2014) nos auxilia nesta questão ao lembrar que, para favorecer a vinculação da usuária ao serviço, é fundamental a elaboração de um projeto terapêutico singular bem detalhado. Para tal, continua a autora, é de extrema importância a participação protagonista do usuário na construção e desenvolvimento deste projeto terapêutico, e que o cuidado não deve ser centralizado na droga, mas no sujeito, em seus sofrimentos e capacidades de superação.

Com base nestas afirmações, pode-se inferir que conclusões como as que se destacam nas falas acima relacionadas parecem pautadas em “achismos” do senso comum, e não baseadas no que a literatura mostra em seus princípios científicos, conforme citado nesse texto por

alguns autores. Dessa forma, parece existir certo distanciamento entre o profissional em relação a gestante usuária de crack, e a compreensão de sua realidade, seu perfil e limitações. Parece estar se reproduzindo um preconceito social, desconsiderando e desvalorizando a pessoa que existe por trás do rótulo e suas especificidades. Cabe aqui relembra que a dificuldade de compreender a usuária e recebê-la como realmente é, ausente de julgamentos e capaz de aceitar suas características sem pensar que esta precisa de uma completa transformação, compromete a formação do vínculo e dificulta o processo de adesão da gestante ao serviço (BARREIROS, 2014).

Por outro lado, percebe-se, da parte de outro profissional, uma reflexão mais ampliada a respeito das dificuldades relacionadas à adesão da gestante, que envolve ambos os lados, profissional, gestante e o papel de cada um.

“(...) a população em geral e a população gestante mais ainda, ainda tem aquela ligação de remédio, receita, então um acompanhamento de saúde que não tenha isso é muito difícil da gente conquistar o usuário (...) é uma pena que elas acabam chegando assim comigo quando tão com dor, e o alívio imediato de dor hoje em dia é medicamento (...) a gente fica cuidando do imediato (...) mas, é um processo longo né...”
(P5)

Reforçando as colocações acima, Araújo e Silva (2014) destacam que uma baixa adesão ao serviço de saúde deve gerar reflexões contínuas sobre as práticas profissionais, a organização dos serviços e os processos de trabalho das equipes. Tão importante quanto olhar para o usuário.

Barreiros (2014) afirma que o trabalho em equipe interdisciplinar é de suma importância, pois uma equipe forte e coesa é capaz de gerar um cuidado mais consistente, plural e integral. Para tanto, deve contar com espaços coletivos que oportunizem trocas entre si, e assim se fortalecer, se orientar, esclarecer questões e refletir acerca de sua prática.

Em se tratando do trabalho em equipe, os profissionais entrevistados parecem ter consciência desta importância, bem como dos vínculos entre si.

“(...) esse trabalho em equipe mesmo (...) essa harmonia que existe (...) então essa paciente ela consegue ter um atendimento adequado (...)”. (P1)

Quando se fala sobre trabalho em equipe, preconiza-se que esta equipe se estenda para além dos limites físicos de uma unidade de saúde. Muitas vezes é necessário um cuidado mais amplo e intersetorial.

“(...) a gente percebia que havia também a necessidade de um cuidado a mais dessas pacientes (...) não é só acompanhamento com a psicóloga e a obstetra, tinha que ter um acompanhamento a mais (...)”. (P1)

Recentemente, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, RAPS, por meio da portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, para criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Desta forma, incentiva-se que o usuário possa circular pelo território de acordo com suas demandas, precisando estar em alguns serviços mais específicos devido às necessidades mais emergentes, o que deverá ser facilitado e oportunizado por esta rede.

No entanto, o que se percebe é que trabalhar em rede é tarefa complexa, pode-se correr o risco de cometer equívocos como fragmentar o cuidado do sujeito, como se este fosse feito de partes e cada serviço é responsável por uma delas. Percebe-se em algumas colocações.

“(...) mas a gente vê mais a parte, a parte de desenvolvimento gestacional mesmo, porque a parte de tratamento psicológico fica com o CAPS né.”. (P3)

“(...) porque a gente não tem como, assim, atuar diretamente assim, no acolhimento a gente não vai, é, falar especificamente do crack né, a gente vai acolher ela como mãe, como gestante, como bebê (...)”. (P4)

Souza et al (2010) relembra que abordagens fragmentadas e reducionistas podem ir contra princípios como o da integralidade dos sujeitos, deixando de considerá-lo como um ser biopsicossocial, ou seja, sem compreendê-lo como um todo, inserido em seu contexto.

É importante refletir que apenas as normas técnicas e portarias por si só não qualificam o profissional da saúde para uma atenção integral, que garanta o acesso universal e de qualidade. Ainda prevalecem visões médico-centradas, biologicistas, curativistas, com pouca noção do trabalho em equipe e ações de prevenção e educação em saúde (SOUZA et al, 2010).

Há de se destacar também as reflexões que foram feitas com relação ao entrosamento da equipe.

“Ainda bem que a gente tem uma equipe multidisciplinar né, que a gente conta com o apoio né, aqui dentro do serviço e fora (...) reforçando os cuidados e encaminhando essa paciente (...)”. (P4)

“(...) quando a equipe tá bem o paciente percebe né, então essa troca de experiência entre os profissionais (...) dá uma certa tranquilidade né.”. (P1)

Ressalta-se, com isso, a importância do papel da equipe nos processos de cuidado da gestante usuária de crack, capaz de causar sentimentos que são determinantes para este processo.

Assim, finalizando esta apresentação e discussão dos resultados fica a sensação de que muitos são os desafios, assim como inúmeros são os “nós”, as interfaces, que permeiam o pré-natal da gestante usuária de crack. As ações cotidianas e as práticas dos profissionais da saúde que participaram desta pesquisa, nos mostram o quanto as equipes manifestam suas angústias, suas ansiedade, seus desafios, bem como o quanto o seu trabalho fica comprometido, muitas vezes, até por desconhecimento técnico ou por representações sociais constituídas. Outrossim, a relação de cuidados demandados pela mulher dependente química, nem sempre se consegue identificar, quiçá atingir, mas as tentativas são admiráveis e as conquistas estão aí para serem cada vez mais, quem sabe atingidas...

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostra, como um de seus pontos principais, a real e grande necessidade de se pensar sobre o cuidado da mulher usuária de substâncias psicoativas. De tamanha importância é também a busca por oportunizar, incentivar e encorajar seu acesso aos pontos de atenção destinados a esse cuidado, seja a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, neste caso, o programa de pré-natal de alto risco.

Teoria e prática revelam o quão problemática é esta questão, a partir da observação da baixa adesão de gestantes usuárias de crack em acompanhamento, aliás, não somente crack, mas também outras drogas ilícitas e lícitas, como o álcool, por exemplo, uma droga altamente consumida em nível social, que traz graves problemas de saúde pública e que na maioria das vezes é banalizada.

Há pouca circulação dessas mulheres nos programas dedicados a elas, e, mesmo em se tratando das considerações finais, é visto que um questionamento se manterá em aberto – onde estariam essas gestantes – pois se imagina que, mesmo não aparecendo, podem existir muitas mulheres nesta situação no município onde foi realizada a pesquisa, e também em outros estados e municípios do nosso Brasil.

São importantes as discussões sobre a baixa procura de mulheres dependentes químicas aos pontos de atenção à saúde destinados para tal, bem como dos estigmas e cobranças sociais que recaem sobre a mulher quando ela faz uso de qualquer substância. Diferente do que acontece com o homem, que parece não sofrer tantas pressões sociais quando faz uso de drogas, a mulher é mais rotulada e desqualificada por deixar de cumprir a contento os papéis que dela são esperados, como boa filha, esposa dedicada, mãe exemplar. A vergonha e o medo do julgamento, entre outras variáveis resultantes das questões de gênero, podem ser determinantes para que esta procura não aconteça, o que nesse estudo ficou explícito considerando a ausência de gestantes com esse perfil no pré-natal de alto risco.

Por outro lado, conversar sobre esse tema com os profissionais participantes dessa pesquisa possibilitou reflexões importantes. Ficou evidente que se trata de uma equipe comprometida, de modo que as gestantes do pré-natal de alto risco tenham suas necessidades atendidas e seus agravos à saúde e sofrimentos minimizados, sejam eles físicos e/ou psíquicos. É notável a preocupação em relação a este acompanhamento e em relação à adesão da gestante, a fim de concluir o pré-natal com êxito.

Todavia, parece que a falta de capacitações e a pouca disponibilização de instrumentos que deem respaldo técnico aos profissionais acabam por limitar estas ações, que poderiam, caso houvesse maior investimento político e de gestão, fornecer conhecimentos mais apurados sobre as especificidades do uso de drogas pelas gestantes. Com isso, os processos de cuidado poderiam ser favorecidos e a adesão ao pré-natal melhorada, pois seria ampliado o alcance a essa parcela da população, com diferentes formas de abordagem e manejo para facilitar o acesso, o acolhimento destas gestantes e a formação de vínculos com o serviço.

Importante é que, mesmo com estas limitações, a equipe participante da pesquisa se mostra interessada em adquirir novos conhecimentos e maior qualificação para atender as demandas dessa parcela da população, isso em termos técnicos, mas também no sentido de compreender melhor qual a sua dinâmica, seu perfil e características de seu comportamento bem como se estabelecem suas relações com o serviço. Em contrapartida, o apoio da gestão, seu conhecimento e compreensão da relevância deste trabalho, bem como da capacitação necessária para tal, se faz fundamental.

Sabe-se que a oferta de capacitações e espaços para discussão e reflexão sobre as práticas profissionais em saúde, seu papel, potencialidades e limitações dentro dessa rede de cuidados, se faz importante, uma vez que é comum o sentimento de despreparo entre estes profissionais. Sabe-se ainda que esta oferta, quando existente, nem sempre é valorizada, tampouco estimulada. Muitas vezes, o que acontece com alguns profissionais é que são “lançados” nos serviços, sem o devido conhecimento sobre suas particularidades. Dessa forma precisam adquiri-lo por seus próprios meios, pelo investimento pessoal de cada um, na busca por esta qualificação, na troca com os colegas de trabalho e pelas experiências vivenciadas.

É identificado que a ausência da promoção deste espaço para que o profissional se capacite e discuta com os demais profissionais sobre a prática pode favorecer com que visões de senso comum prevaleçam, como se percebe em alguns momentos nessa pesquisa, o que parece não ser adequado para os processos de cuidado, que podem se desenvolver sobre bases não tão sólidas e geralmente distorcidas em alguns aspectos sobre este tema.

Outra questão que deve ser destacada por ser relevante neste contexto é o vínculo que procura se estabelecer com a gestante. É certo que, para fazê-lo é necessário se colocar próximo e disponível para tal. Para isto é necessário se desprender de pré-conceitos e representações

sociais estereotipadas sobre a gestante usuária de drogas, para estabelecer diferentes formas de contato e, assim, novos olhares e concepções possam surgir. A gestante também precisa se sentir acolhida e querer fazer parte daquele local, para que um bom vínculo se efetive e favoreça a adesão ao pré-natal.

Pode-se pensar que o acesso ao programa de pré-natal de alto risco para a gestante usuária de crack e a busca pela sua adesão e comprometimento serão em muito determinados pelo movimento que o profissional faz para que isso ocorra. É seu papel a busca por maneiras de favorecer este acesso, respaldado pelas políticas públicas e modos de organização dos serviços.

Por fim, é também fundamental e determinante que se permita vivenciar um novo tipo de relação com essa gestante, de características e demandas tão peculiares, flexibilizando amarras sociais, pessoais, desmistificando também para ela a impressão de que não será acolhida e respeitada em suas escolhas, atitudes e pelo seu jeito de ser.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Lilia; SILVA, Marco Manso Cerqueira. Acesso ao cuidado e seus desafios. In BÜCHELE, Fátima; PETUCO, Denis (orgs.). **Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 10-34.

BADINTER, Elisabeth. O discurso médico herdado de Freud. In **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BARREIROS, Graziella Barbosa. Construindo e consolidando o vínculo. In BÜCHELLE, Fátima; PETUCO, Denis (orgs.). **Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 37-66.

BORDIN, Selma; FLIGIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Cocaína e crack. In **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010, p. 77-94.

_____. Como organizar uma história clínica. In **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010, p. 185-198.

BORDIN, Selma et al. Dependência química na mulher. In FLIGIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010, p. 395-404.

_____. Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação. In FLIGIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010, p. 03-13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde/DAPES/Saúde Mental. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e drogas – PEAD 2009-2011**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack nos Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Fiocruz. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Fiocruz. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASILIANO, Sílvia. Psicoterapia de grupo para mulheres dependentes: lições de 4 anos de experiência. **Revista da SPAGESP Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. Ribeirão Preto, v. 02, n. 02, 2001. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702001000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 Maio, 2013.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; FERREIRA, Jair. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção a Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 06, n. 01, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100003>. Acesso em: 31 Maio, 2013.

BÜCHELE, Fátima. **A embriaguez social do beber**. 192 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

CEMBRANELLI, Eduardo et al. Consequências do uso de cocaína e metanfetamina durante a gravidez. **FEMINA**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 05, 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3413.pdf>>. Acesso em: 19 Maio, 2013.

CORDEIRO, Francisco. Representação social do uso de drogas, do usuário e do cuidado. In OLIVEIRA, Walter Ferreira de; CARNEIRO, Henrique (orgs.). **Álcool e sociedade**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 34-53.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inês Machado Telles. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 05, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000500011&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 Maio, 2013.

CRUZ, Marcelo Santos; VARGENS, Renata Werneck; RAMÔA, Marise de Leão. Crack: uma abordagem multidisciplinar. In **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas SENAD, 2011, p. 193-212.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica. In GRIGOLO, Tânia Maris; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio (orgs.). **Políticas de saúde mental e direitos humanos**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 10-28.

DUARTE, Jorge. Entrevista em profundidade. In DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2006, p. 62-83.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C.H. Mulheres com problemas relacionados ao consumo de álcool. In **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. **CETAD Centro Estudos e Terapia do Abuso de Drogas**. Salvador, 2009. Disponível em http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Socioantropologia/Os_tempos_e_os_espacos_e7os_das_drogas.pdf. Acesso em: 16 Nov, 2013.

FLIGIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. Entrevista motivacional. In **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010, p. 261-291.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 02, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 20 Out, 2014.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes. In **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas SENAD, 2011, p. 55-72.

GIL, Antônio Carlos. A pesquisa social. In **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995, p. 43-51.

JAMESON, Fredric. A lógica cultural do capitalismo tardio. In **A lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Editora Ática, 1997, p. 27 a 79.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Projeto terapêutico singular. In BÜCHELE, Fátima; DIMENSTEIN, Magda (orgs.). **Recursos e estratégias do cuidado**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 10-37.

KOLLER, Karine et al. Complicações clínicas do consumo de crack. In RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010, p. 74-98.

LAURENTI, Ruy; ALDRIGHI, José Mendes. Morbimortalidade na população feminina brasileira. In ALDRIGHI, José Mendes; BUCHALLA, Cássia Maria; CARDOSO, Maria Regina Alves. **Epidemiologia dos agravos à saúde da mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 39-55.

MAcRAE, Edward. **Antropologia**: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In SEIBEL, S.D.; TOSCANO Jr, A. Dependência de drogas. São Paulo: Ed. Atheneu, 2011, p.25-44. Disponível em <http://www.neip.info/upd_blob/0000/82.pdf>. Acesso em: 16 Nov, 2012.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In **Psicologia da gravidez**. 12 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1991, p. 13-100.

MARANGONI, Sônia Regina. **Contextos de exclusão social e vulnerabilidade de mulheres no ciclo gravídico puerperal**. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia qualitativa e quantitativa. In **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007, p. 269-288.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de análise ou tratamento do material. In **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 197-247.

MOREIRA, Márcio Mariano; MITSUHIRO, Sandro Sendin; RIBEIRO, Marcelo. O consumo de crack durante a gestação. In RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012, p. 548-565.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo S.S.; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 05, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26304.pdf>>. Acesso em: 24 Maio, 2013.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 01, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015>. Acesso em: 31 Maio, 2013.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; MADEIRA, Anézia Moreira Faria; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 12, n. 01, 2011. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf>. Acesso em: 31 Maio, 2013.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.11, n.04, 2007. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000400022>>. Acesso em 24 maio, 2013.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 04, 2007. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 Maio, 2013.

PERROT, Michelle. A mulher popular rebelde. In **Os excluídos da história**: operários, mulheres, prisioneiros. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001, p. 185-212.

_____. Os silêncios do corpo da mulher. In MATOS, Maria Izilda Santos; SOIHET, Rachel. (orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003, p. 13-27.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: teoria e pesquisa**. São Paulo, v. 25, n. 02, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 14 Nov, 2012.

SIQUEIRA, Domiciano. Redução de danos no SUS. In BÜCHELE, Fátima; DIMENSTEIN, Magda (orgs.). **Recursos e estratégias do cuidado**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 66-94.

SOUZA, Ana Beatriz Sechinell et al. Análise da dinâmica do trabalho da Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde na região norte de Florianópolis/SC. In BÜCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema (orgs.). **A formação em saúde da família**: uma estratégia na consolidação do SUS. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010, p. 26-44.

VENOSA, Priscila de Azevedo e Souza. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. **Revista da SPAGESP Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 01, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100007>. Acesso em: 24 Maio, 2013.

ZEMEL, Maria de Lurdes S. Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema. In **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas SENAD, 2011, p. 111-127.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS
PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE RESPONSÁVEL
PELO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

1. Qual é a sua atuação no atendimento da gestante que usa crack?
2. É importante uma capacitação para atender essa gestante?
3. Quais as maiores dificuldades que você percebe no decorrer do acompanhamento de gestantes usuárias de crack?
4. Quais os benefícios que você considera importante que são, ou não, prestados pela equipe?



Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para a equipe)

TÍTULO DA PESQUISA: “A atenção às demandas de cuidado e acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de crack”

Prezado Participante,

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa sobre “*A atenção às demandas de cuidado e acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de crack*”. Como você é um profissional que atua no CRECEM, e acompanha o cuidado pré-natal destas gestantes, você foi selecionado.

A pesquisa tem como objetivo compreender como acontece o acolhimento da gestante usuária de crack na unidade de saúde destinada a realizar seu acompanhamento pré-natal, e como se desenrola esse processo, a partir do olhar das gestantes que utilizam esse serviço e dos profissionais que trabalham nesta unidade de saúde.

A sua colaboração é fundamental. Aceitando ao convite você participará de uma entrevista individual que será gravada, com duração aproximada de 1 hora e meia, no máximo. Na entrevista, você será convidado a expor suas experiências e visões sobre este tema. O dia e horário serão pré-agendados.

Participando dessa pesquisa, suas contribuições poderão favorecer o processo de atenção e cuidado das demandas de saúde da gestante usuária de crack, ao se pensar nas formas como este acompanhamento já tem acontecido, e buscando estratégias para preencher possíveis lacunas a fim de aproximar cada vez mais a gestante deste dispositivo de saúde tão específico e, portanto, tão importante para esta fase de sua vida. Além disso, por meio desta pesquisa, as equipes de trabalho

também poderão fazer uma reflexão acerca de suas práticas, favorecendo, com isso, os processos de intervenção e crescimento da equipe como um todo.

Por outro lado, no decorrer da pesquisa você pode encontrar alguns desconfortos, pois iremos abordar aspectos sobre como tem acontecido o acolhimento e desenrolar do processo de cuidado e adesão da gestante na unidade, tanto nas suas facilidades como nas dificuldades que porventura existem. Ou seja, há um risco de que falemos de assuntos delicados, que podem gerar algum tipo de incômodo no momento da entrevista, mas que podemos tentar abordar da melhor forma possível.

A qualquer momento você poderá desistir de sua participação da pesquisa, bem como, ter qualquer tipo de esclarecimento sobre o desenvolvimento da mesma, sem que isso traga qualquer prejuízo para sua pessoa. Para a realização das entrevistas, será escolhido um lugar na própria unidade de saúde que favoreça esse contato, de modo acolhedor, seguro, protegido da circulação de outras pessoas, bem como de interrupções por terceiros. Cabe ressaltar que durante todo o desenvolvimento da pesquisa, inclusive na divulgação dos resultados, você terá segurança da manutenção do caráter confidencial, serão utilizados nomes fictícios e nenhum dado de identificação será divulgado em momento algum do estudo.

Após o término da pesquisa, você receberá as devolutivas acerca do fechamento do estudo, bem como poderá solicitar o agendamento de outros encontros, se assim considerar necessário, ou se ainda existir alguma necessidade em aberto.

Se você concordar em participar, favor assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____
_____, RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do entrevistado

Prof^o. Dr^a. Fátima Büchele
Pesquisador responsável

Janayna Sobota
Mestranda/pesquisadora
Fone de contato: (47) 9608.8515
E-mail: janayna_psy@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH
Universidade Federal de Santa Catarina – Pró-Reitoria de Pesquisa
Localização: Biblioteca Universitária Central
Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-9000
Florianópolis/SC E-mail: cep@reitoria.ufsc.br
Telefone: (48) 3721-9206 Fax: (48) 3721-9696